Rok LI. Kraków, dnia 13. stycznia 1912. Nr 2.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Odma piersiowa sztuczna

napisał

Dr Seweryn Sterling (Łódź).

(Ciąg dalszy).

Prof. Forlanini wcale nie ogłosił dotąd swej kazuistyki; podaje tylko, że na 89 przypadkow w 83 nie miał żadnych ubocznych objawów niepokojących. Opisane przezeń oddzielne przypadki pozwalają w założeniu odmy widzieć zabieg ratujący chorych beznadziejnie.

Prof. Saugman (z Vejlefjordu, Dania) o swoich przypadkach podaje następujące szczegóły:

Wszystkie przypadki dzieli na cztery grupy: 1) chorzy, u których nie udało się wogóle wytworzyć odmy sztucznej; 2) chorzy, u których leczenia jedynie »solaminis causa« próbowano, jakkolwiek stan płuca »lepszego« stanowił zasadnicze przeciwwskazanie do podjęcia zabiegu; 3) chorzy z tak ciężkiemi powikłaniami, że nawet wyleczenie płuca nie mogło uratować życia; 4) chorzy bez ciężkich powikłań i bez zbyt silnego zajęcia »lepszego« płuca. Wartość metody ocenia Saugman słusznie — tylko z wyników otrzymanych u chorych ostatniej grupy, jakkolwiek widział jego pożytek trwały i u niektórych chorych grupy drugiej i trzeciej. Grupa czwarta obejmuje 35 przypadków ciężkiej gruźlicy płuc, — gdzie jedno płuco było w całości przez gruźlicę zajęte, a drugie »lepsze« było też mniej lub więcej zmienione.

Przedewszystkiem, co się tyczy gorączki, to wynik leczenia tak się przedstawia:

Przed operacyą gorączkę wysoką (ponad 39°) miało 4 chorych, z tych na stałe ją straciło 3.

Przed operacyą gorączkę od 38°—39° miało 7 chorych, z tych na stałe ją straciło 5.

Przed operacyą gorączkę od 37·7—38° miało 6 chorych, z tych na stałe ją straciło 5.

Przed operacyą gorączkowe okresy miewało 9 chorych; ci są wszyscy stale bez gorączki.

Takich wyników nie daje żadna metoda leczenia gorączki chorych, będących w ostatnim okresie gruźlicy płuc!

Na 34 chorych straciło na stałe laseczniki z plwociny 18; u 16 można je jeszcze wykazać od czasu do czasu (jeden chory miał w plwocinie laseczniki wykazane na rok przed rozpoczęciem leczenia odmą).

Z ostatecznej statystyki wyklucza Saugman trzy przypadki: jeden chory zmarł z powodu omyłki technicznej (po zbyt długiej przerwie między reinsuflacyami powstały zrosty i dalsze leczenie okazało się niemożliwe); jeden zmarł z powodu próby rozerwania zrostów opłucnych drogą operacyjną (krwotok po resekcyi); jeden zmarł z powodu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego.

Z liczby 32 pozostałych:

u 5 zaprzestano już (od 4 miesięcy do 3³/₄ roku) leczenia; ci wszyscy pracują teraz zawodowo, mniej lub więcej ciężko;

u 13 brak wszelkich objawów chorobowych, są oni dotąd reinsuflowani;

u 10 wystąpiła poprawa; ci nie są jeszcze »pewni«; z tych 10 leczy się ambulatoryjnie, 3 — w sanatoryum;

4 zmarło.

Prof. Schmidt (z Halli) takie ogłasza wyniki dotychczasowych swych przypadków.

Przy gruźlicy płuc: W dwu przypadkach nie udało się mu wogóle wytworzyć odmy sztucznej, ponieważ nie mógł wyszukać wolnej szpary w opłucnej: w trzech przypadkach, w których gruźlica była w obu płucach daleko posunięta, — dokonał tylko pierwszej insuflacyi, poczem leczenia zaniechał (w jednym przypadku było powikłanie gruźlicą jelit, w drugim — moczówką cukrową); z czterech innych chorych, u których dokonano tylko pierwszej insuflacyi, dwu wystąpiło ze szpitala, uważając, że już nastąpiła pożądana poprawa, dwaj inni — bojąc się powtórzenia zabiegu; z czterech przypadków, odpowiadających wskazaniom Forlaniniego i leczonych systematycznie, znacznie się poprawił stan dwu chorych, u jednego nastąpiło pogorszenie, czwartemu udało się ucisnąć tylko płat dolny.

Przy rozszerzeniu oskrzeli w trzech przypadkach nie udało się założyć odmy (nie znaleziono wolnej szpary opłucnej); w jednym przypadku chory pozwolił tylko na insuflacyę; w czterech innych przypadkach — leczonych dłużej — wynik ostateczny nie był pomyślny.

W trzech przypadkach zapalenia płuc aspiracyjnego i gnilnego zapalenia oskrzeli — uzyskano we wszystkich wyzdrowienie.

Muralt (Davos) podaje wyniki leczenia 12 przypadków; w 9 udało się wytworzyć odmę pełną; 7 z tych przypadków dotyczyło chorych, którzy byli niewątpliwie straceni, i mogliby przeżyć co najwyżej parę miesięcy; czterech z nich wyleczyło się lub są na drodze do wyzdrowienia,

trzej zmarli z powodu różnych powikłań. Dwu innych chorych, nie tak blizkich śmierci, ale o których wyzdrowieniu można było wątpić, odma sztuczna postawiła na nogi, obaj mają się dobrze.

Warnecke podaje takie wyniki z oddziału Prof. Mathesa (w Kolonii):

W trzech przypadkach przewlekłego zapalenia płuc (pneumonia chronica) — wyleczenie zupełne.

W 8 przypadkach gruźlicy płuc okresu ostatniego osiągnięto znakomitą poprawę lub wyleczenie; w czterech zaczęto leczenie, lecz go nie dokończono.

W dziewięciu przypadkach odmy zupełnej wytworzyć się nie udało (2 — przewlekłe zapalenie płuc, 7 — gruźlica płuc, 2 — ropień płuca).

Inni autorzy, którzy pisali o leczniczem stosowaniu odmy, przytaczają o wiele mniejszy materyał liczbowy. Ciekawem jest spostrzeżenie Trauba i Jagica, którzy w przypadku rozszerzenia oskrzeli nietylko uzyskali poprawę, ale i zniknięcie pałeczkowatości palców.

Wszystkie te dane statystyczne, szczególnie o ile dotyczą gruźlicy płuc, należy rozpatrywać pod tym odrębnym kątem widzenia, że dotyczą one jedynie ciężko, bardzo ciężko, a nawet beznadziejnie chorych, dla których dotychczasowa cyfra statystyczna bezpośrednio grożącej śmiertelności blizką jest stu.

Nie wolno więc porównywać śmiertelności przy stosowaniu tej metody ze statystykami wyników leczenia np. gruźlicy wogóle — innemi metodami.

Przypadków nadających się do tego leczenia jest wogóle niewiele; tylko w pewnej części takich udaje się odmę utworzyć, a i z tych tylko w pewnej odsetce osiągamy wyleczenie doszczętne. Niemniej jednak w przypadkach leczonych odmą, każde wyzdrowienie względne, nawet polepszenie lub powstrzymanie sprawy chorobowej jest wielkiem zwycięstwem lecznictwa.

Przechodząc do opisu metodyki wykonywania operacyi wytwożenia i podtrzymywania odmy piersiowej, zdać sobie musimy raz jeszcze sprawę z tego, do czego dążymy.

Zdaniem Forlaniniego, sztucznie wytwożona odma piersiowa zatrzymuje postęp gruźlicy w płucach, jeśli objętość odmy i stopień ucisku wystarczą do zupełnego unieruchomienia płuca; to unieruchomienie musi być doskonałe i nieustanne — w przeciwnym bowiem razie stanowiłoby tylko zmniejszenie ruchomości płuc, które sprzyja postępowi choroby.

Niezależnie od bezpośredniego wpływu na płuco uciśnięte, odma wpływa dodatnio na płuco drugie (»praktycznie zdrowe«, »względnie zdrowe«, »lepsze« — jak je nazywają różni autorzy; bo zupełnie zdrowem nigdy ono nie bywa, jeśli drugie jest zajęte sprawą rozpadową na całej lub prawie całej przestrzeni); dzięki zastępczo powiększonej ruchomości tego płuca, lepszej jego wentylacyi, żywszemu krążeniu krwi i limfy — sprawy gruźlicze tam usadowione goją się.

Jeżeli przy pomocy odmy dążymy do zupełnego ucisku płuca, to granice wykonalności tego zabiegu tak się muszą zarysować:

Ucisnąć wolno oczywiście tylko jedno płuco, tj. odmę wytworzyć z jednej tylko strony. Więc przy gruźlicy ciężkiej, ale głównie jednostronnej, wolno myśleć o leczeniu odmą piersiową.

Ponieważ mamy płuco ucisnąć, musi ono być wolne, opłucna płuc nie powinna być nigdzie zrośnięta z opłucną ścienną. Zupełne zarośnięcie jamy opłucnej uniemożliwia wogóle próbę wytworzenia sztucznej odmy. Niezupełne zarośnięcie pozwala na próbę wykonania zabiegu: wytworzona pierwotnie odma komorowa powoli się może rozszerzać przez rozdzielenie (lub znaczne rozciąganie, wyciąganie wzdłuż) zrostów. Zdarza się przy tem jednak, że zrosty zostają rozdzielone lub rozerwane na całej przestrzeni, — prócz właśnie tej, która odpowiada siedlisku najbardziej posuniętej sprawy gruźliczej (ognisko serowate, jama); wtedy wszystko się zapadnie, prócz części, o które głównie chodzi.

Zupełnie swobodne, ruchome płuco zostaje uciśnięte w kierunku wnęki płuc, w kierunku śródpiersia; przy zrostach jednostronnych może być ono przyciśnięte do przedniej lub tylnej ściany klatki piersiowej. Rozmiary zrostów i ich usadowienie warunkują większe lub mniejsze zapadnięcie się części płuca, a już sprawą nieobliczalną jest, czy wytworzona odma częściowa obejmie najcięższej schorzałe okolice leczonego płuca, czy też nic.

Nietylko jednak zrosty stanowią przeszkodę przy usiłowaniu uciśnięcia płuca; twarde, niepodatne ścianki jamy płucnej lub oskrzelowej, stwardnienia tkanki, mogą też stanowić nieprzezwyciężoną przeszkodę; zbyt zaś mocny ucisk może wcisnąć i rozgnieść ścianę jamy — o czem mowa dalej, przy omawianiu powikłań.

Zadanie więc operacyjne przy leczeniu chorób płucnych odmą piersiową polega na tem, by 1) końcem igły dostać się do (idealnej, bo obie opłucne przylegają do siebie) jamy opłucnej; 2) wprowadzić do tej jamy gaz w ilości, wystarczającej do unieruchomienia płuca i do uciśnięcia jam, zawierających materyał zakaźny; 3) odnawiać ten gaz w miarę tego, jak on się wessie, utrzymując stale płuco pod możliwie równomiernym uciskiem.

Do ucisku płuca używano pierwotnie powietrza; zbyt się jednak ono, jak i tlen czysty, szybko wsysa, zbyt więc często należało reinsuflować. Ale i dziś powietrza używać można do reinsuflacyi, szczególnie późnych (kiedy wchłanianie z opłucnej jest już upośledzone), jeśli niema pod ręką azotu; powietrze filtruje się przez wyjałowioną watę, lub, co uważam za sposób lepszy, powietrze do reinsuflacyi przeznaczone pozostawia się przez 1—2 doby w butli, na której dnie znajduje się np. 1% rozczynu sublimatu; wszelkie stałe części powietrza opadają przez ten czas na powierzchnię tego płynu.

Dziś używa się powszechnie azotu, ponieważ wciąga go powierzchnia opłucna wolniej, niż tlen lub powietrze atmosferyczne; przy insuflacyi (wytworzeniu odmy) i przy pierwszych reinsuflacyach używam (za radą Smitha) tlenu, w ilościach niewielkich; o przyczynie takiego postępowania będzie mowa dalej.

Azot[1]) otrzymuję gotowy w cylindrach metalowych z wentylem redukcyjnym, przez który napełniam naczynia bezpośrednio do insuflacyi używane. Tlen otrzymuję ró-

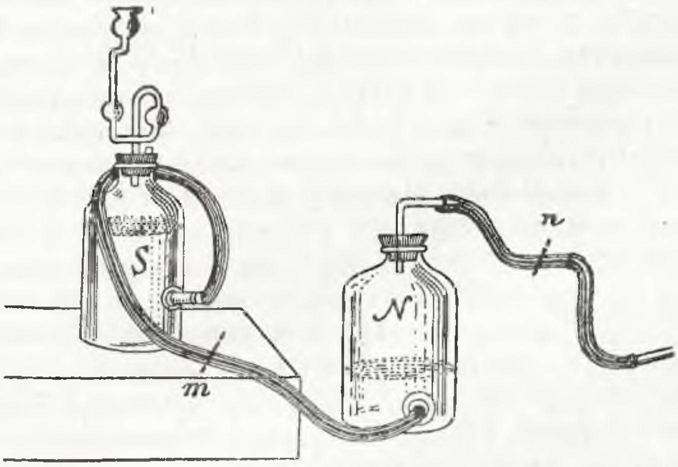
---

1) Fabryki »L'air liquide« w Warszawie. Al. Ujazdowskie, 20. — Sauerstoffabrik A. G. w Berlinie. Tegelstr. 15. — C. A. F. Kahlbaum w Berlinie C. 25.

wnież w cylindrach metalowych z fabryki na miejscu w Łodzi istniejącej (czystości, sprawdzonej przez pracownię chemiczną).

O ile oba te gazy są w mniejszych ilościach potrzebne, to tlenu dostarczy każda apteka; tego wogóle nie wiele potrzeba przy insuflacyi.

Co się tyczy azotu, to przygotowywać go w małych ilościach radzi Forlanini w sposób następujący (rys. I.): Z dwu



Rys. I.

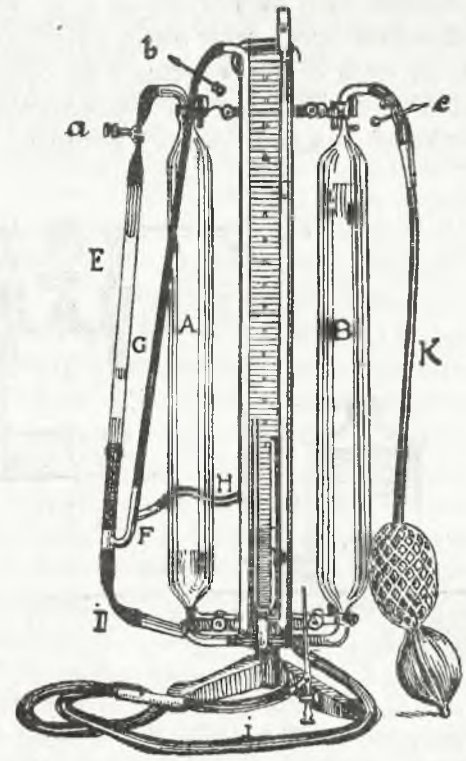
czterolitrowych butli pierwsza (I) ma trzy szyjki u góry; druga (II) — po jednej szyjce u góry i z boku, u podstawy. Do środkowej szyjki butli I dopasowany jest szczelnie lejek szklany z kranikiem, pozwalającym na wpuszczenie do butli płynu z lejka; dwie boczne szyjki są połączone przez węże gumowe: jeden — z dolną szyjką butli II, drugi — z naczyniem do insuflacyi gazu przeznaczonem; na oba nakłada się zaciski (a i b); do węża drugiego dołączona jest rurka szklana, zawierająca suchą wyjałowioną watę — jako filtr dla azotu.

Do butli I, ustawionej nieco wyżej, niż butla II wlewamy litr 20% rozczynu kwasu pyrogallowego; z lejka, zawierającego około 50 ctm.^{3} dwudziestoprocentowego ługu potasowego, przez otwarcie kranika lejemy na kwas pyrogallowy jakieś 35 do 40 ctm.^{3} ługu; po 24—36 godzinach (silne wstrząsanie skraca ten czas do pół godziny) cały tlen z powietrza butli I zostaje pochłonięty przez rozczyn kwasu pyrogallowego, powstająca stąd próżnia wysysa z butli II (napełnionej wodą i otwartej u góry) pewną ilość wody, która miesza się z rozczynem kwasu pyrogallowego. Po wyżej wskazanym czasie w butli I gaz, unoszący się ponad powierzchnią płynu, jest czystym azotem.

Chcąc go przeprowadzić przez wąż z filtrem do naczynia używanego do insuflacyi, należy otworzyć oba zaciski i powoli unosić do góry butlę II: woda przepływająca z niej do butli I wypiera azot przez drugiego węża.

Do jamy opłucnej wprowadzam tlen przy pomocy przyrządu Forlanini-Saugmana (rys. II), azot — przy pomocy dwu butli Wulffa (poleconych w tym celu przez L. Spenglera) (rys. III); przy użyciu tego drugiego przyrządu korzystam z manometrów przyrządu Saugmana.

Przyrząd Forlanini-Saugmana [1]) składa się z dwu cylindrów szklanych (A i B), pojemności po 600 cm^3 ka-



Rys. II.

żdy, u dołu i u góry zwężonych; u dołu oba cylindry są z sobą połączone krótkim wężem gumowym. Między obu cylindrami umieszczone są dwa manometry: wodny (C) i rtęciowy (D). Cylinder A ma podziałkę (od 10 do 10 cm.^{3}) i jest połączony u góry zapomocą rurki gumowej E (w której przebiegu włączono rurę szklaną do filtra z waty) z krótką rurką F, w kształt podwójnej litery T utworzoną, o czterech zakończeniach: jedno z tych zakończeń łączy się ze wspomnianym wężem E; drugie z wężem G, prowadzącym do manometru wodnego; trzecie — z wężem K, prowadzącym do manometru rtęciowego; czwarte — z długim wężem (I) prowadzącym do igły.

Cylinder B jest u góry połączony z pompką Richardsona.

Na węże E, G i K są nałożone zaciski (a, b, c).

Napełniwszy przez węża E (odłączonego od rurki F) szczelnie 1% rozczynem sublimatu cylinder A, łączymy go ze zbiornikiem tlenu (jak to ja czynię) lub azotu, który wprowadzamy do cylindra A pod ciśnieniem. Ustępujący z cylindra A rozczyn sublimatu przechodzi do cylindra B. Jeżeli mamy wprowadzić do opłucnej gaz zawarty w A,— łączymy E z F, i uciskając balon Richardsona, wypychamy płyn z cylindra B do cylindra A, a tem samem gaz z cylindra A do układu rur gumowych: do obu manometrów i do igły [1]).

Przed samem połączeniem węża I z igłą włączona jest rurka szklana; zawiera ona watę filtrującą gaz, ale ma i inne przeznaczenie, o czem później.

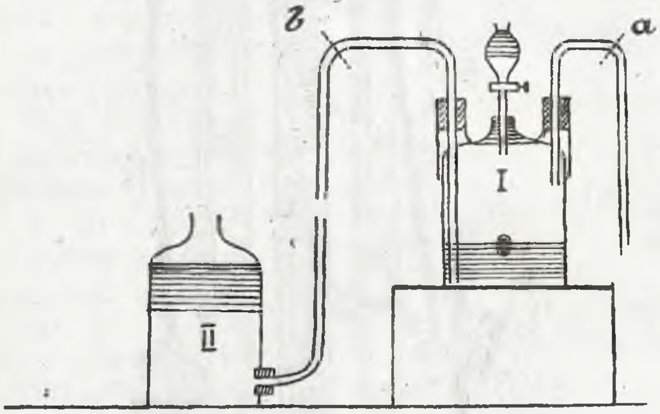
Przyrząd Spenglera ma zamiast dwu cylindrów — dwie flaszki Wulffa, z podziałką od 50 do 50 ctm.^{3}; butle łączą się z sobą przy pomocy węża gumowego, założonego

---

[1]) Firma: F. C. Jacob, Kopenhaga, 14 Hauserplads. — Appenceller w Warszawie, Nowy Świat 5.

[1]) Zimą należy gaz ogrzać, chyba że stał w pokoju bardzo ciepłym. Pogrążam w tym celu część węża I do naczynia z wodą niezbyt gorącą (obciążywszy go jakimś ciężarkiem, np. śrubą o dużej średnicy).

u dolnych wylotów. Do butli N, pełnej 1°/₀₀ rozczynu sublimatu, wpuszczamy azot, który swem ciśnieniem przepycha sublimat do butli S. Po przepuszczeniu całej ilości sublimatu z butli N do butli S, t. j. po napełnieniu pierwszej azotem, zamykamy drugą, S, korkiem wodnym.



Rys. III.

Kiedy mamy wprowadzić azot do opłucnej, łączymy butlę N wężem gumowym z rurką F przyrządu Saugmana (zamiast węża E tamtego przyrządu); podnosząc butlę S., przepychamy sublimat do N i wypychamy azot. Bulgotanie płynu, w korku wodnym zawartego, wskazuje na przedostawanie się powietrza atmosferycznego do butli S — na miejsce uchodzącego sublimatu.

Istnieje szereg innych przyrządów używanych do operacyi sztucznej odmy.

(Dok. nast.).

Z oddziału chorób wewnętrznych (I B) krajowego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Z dziedziny badań nad rakiem.

Podał

Prym. Dr A. Krokiewicz.

(Dokończenie).

Odczynnik Uffelmanna wobec małych ilości surowicy równoimiennej rakowej wywołuje w rozczynie fizyologicznym (0·85%) NaCl kropli krwinek czerwonych stan skupienia się tychże krwinek czerwonych, co objawia się makroskopowo powstawaniem strątu w rurce odczynnikowej, a mikroskopowo wytwarzaniem się grudek krwinek czerwonych. Zjawisko to jest tem silniejsze, im mniej dodano odnośnej równoimiennej surowicy. Najwybitniej występuje, skoro dodano podwójną ilość, t. j. dwie krople tejże surowicy; naówczas strąt ten makroskopowo wyraźnie występuje w przeciągu kilku godzin i polega przeważnie na skupieniu się, a rzadziej na zlepianiu się krwinek czerwonych w grudki. W miarę dodawania surowicy równoimiennej rakowej w większej ilości (4×, 8×) słabnie zdolność skupiania krwinek czerwonych coraz bardziej, tak iż przy zadziałaniu ośmiokrotnej ilości (8 kropli) już tylko mikroskopowo można stwierdzić pojedyncze grudki skupionych krwinek czerwonych, a przy dodaniu 12-krotnej ilości tejże surowicy rakowej zupełny brak objawu wszelkiego skupienia (makroskopowo i mikroskopowo); wtedy spotykano pod drobnowidem w osadzie tylko odosobnione krwinki czerwone. Wogóle krwinki czerwone okazywały nieznaczną poikilocytozę wskutek miernego napęcznienia (nieco znaczniejszą przy zadziałaniu ośmiokrotnej ilości surowicy); przeważnie były prawidłowej wielkości i postaci. Zauważyć też można było, iż małe domieszki surowicy równoimiennej rakowej sprzyjały, a większe ilości tejże surowicy przeciwdziałały powstawaniu hemolizy. Skoro zaś zadziałano w powyższych warunkach oprócz odczynnika Uffelmana i perhydrolem, obraz poniekąd ulegał zmianie, gdyż naówczas i przy znaczniejszem dodaniu równoimiennej surowicy rakowej (bo 8- i 12-krotnej ilości) stwierdzić można było strąt makroskopowo, a tem samem pod drobnowidem zdolność skupiania się krwinek czerwonych w grudki, choć nie w tym stopniu, co przy słabszych rozcieńczeniach (2- i 4 krotnych); natomiast w miarę dodawania zwiększonych ilości surowicy wzmagała się poikilocytoza, (tak, iż przy zadziałaniu 12-krotnej ilości była znaczną), a zmniejszała się hemoliza. Poikilocytoza wogóle była silniejsza i polegała na znacznem napęcznieniu krwinek czerwonych. Doświadczenia te przemawiają, iż perhydrol wywołuje pęcznienie krwinek czerwonych, a zarazem i usposabia je do skupiania się w grudki, a zmniejsza warunki dla hemolizy wobec równoczesnego działania surowicy równoimiennej rakowej i odczynnika Uffelmanna.

g) Krwinki czerwone prawidłowe, a surowica krwi chorych na raka.

α) Krew prawidłową odwłóknioną i odwirowaną pozostawiano w cieplarce przez 6 godzin (37° C.), a potem przez 18 godzin w ciepłocie pokojowej. Kroplę krwinek czerwonych, zebraną zapomocą pipety z dna osadu rozcieńczano 4 cm.³ rozczynu fizyologicznego (0·85%) NaCl i surowicą rakową w różnych ilościach, wstrząsając za każdym razem rurką odczynnikową w celu jednostajnego rozdzielenia krwinek czerwonych i dodanej surowicy. Do połowy rurek odczynnikowych dodawano i po 1 kropli 3% perhydrolu świeżo sporządzonego. Następnie po zakłóceniu wlewano do wszystkich rozcieńczeń (tak z perhydrolem, jak i bez tegoż) po ½ cm.³ świeżego odczynnika Uffelmanna i po dokładnem zmieszaniu wstawiano je do cieplarki na 24 godzin. Wynik doświadczeń następujący:

Odczynnik Uffelmanna tak przy równoczesnem zadziałaniu perhydrolu, jak i bez tegoż, wywołuje w rozczynie fizyologicznym NaCl kropli prawidłowych krwinek czerwonych wobec dodanej surowicy krwi rakowej w tej samej (1 kropla) i podwójnej (2 krople) ilości wyraźny strąt. W miarę coraz większej ilości surowicy rakowej występuje w tych samych warunkach coraz znaczniejsza hemoliza tak, iż przy 6-8-krotnej (6—8 kropli) ilości surowicy zauważano zupełną hemolizę, zwłaszcza jeśli nie zadziałał równocześnie i perhydrol. Skoro zaś w tych samych warunkach dodawano 12-krotną ilość surowicy (12 kropli), występowała tylko poikilocytoza bez hemolizy, a przy równoczesnem zadziałaniu perhydrolu prawie zupełna hemoliza. Hemolizę poprzedzało pęcznienie krwinek czerwonych i poikilocytoza. Doświadczenie te wskazują, iż większe dawki su-

rowicy w raku żołądka działają mniej szkodliwie na krwinki czerwone prawidłowe, niż mniejsze ilości tejże surowicy.

β) Krew prawidłową odwłóknioną i odwirowaną wstawiano do cieplarki na 6 g. (37° C.). Zapomocą pipety z rurki odczynnikowej zebrano zupełnie surowicę, a pozostały osad krwinek czerwonych wypłukano dokładnie dwukrotnie w rozczynie soli przez 18 godzin w ciepłocie pokojowej. Następnie wykonywano doświadczenia jak powyżej. Naówczas odczynnik Uffelmanna wywoływał w rozczynie fizyologicznym soli kuchennej 1 kropli krwinek czerwonych prawidłowych wobec surowicy rakowej, dodanej w ilości 2, 4, 8, 12-krotnej (kropli) zawsze wyraźny strąt, polegający jużto na zlepności krwinek czerwonych (przy zadziałaniu równoczesnem perhydrolu), jużto na skupieniu (bez perhydrolu), a czasem słabą hemolizę. Skoro zaś rozcieńczenia te pozostawiano w cieplarce przez 48 godzin w ciepłocie 37° C., występowała zawsze znaczna hemoliza i drobnowidowo można było stwierdzić obecność nielicznych grudek z pozlepianych krwinek czerwonych, przy dodaniu małych ilości surowicy rakowej (2, 4, 6 kropli).

Doświadczenia powyższe wykazują, iż odczynnik Uffelmanna wobec surowicy krwi chorych na raka żołądka działa odmiennie na krwinki czerwone prawidłowe nieopłukane i opłukane w rozczynie fizyologicznym NaCl. W pierwszym przypadku odczynnik Uffelmanna wywołuje wobec małej ilości dodanej surowicy stan skupienia tychże krwinek, wobec średnich ilości, t. j. 6 i 8-krotnych (kropli), zupełną hemolizę; natomiast wobec większych ilości poikilocytozę bez hemolizy. Odnosi się też wrażenie, że większe dawki surowicy krwi chorych na raka żołądka działają mniej szkodliwie na krwinki czerwone prawidłowe nieopłukane, niż mniejsze ilości tejże surowicy. Natomiast w drugim przypadku, w tych samych warunkach, surowica rakowa we wszystkich rozcieńczeniach wywoływała tylko stan skupienia krwinek czerwonych; dopiero po dłuższem zadziałaniu ciepłoty 37° C. wywoływala hemolizę. Krwinki czerwone krwi prawidłowej były zatem odporniejsze na działanie surowicy rakowej, skoro je poprzednio opłukano, prawdopodobnie przez doszczętne usunięcie śladów surowicy prawidłowej.

Zestawiając wyniki naszych doświadczeń, rzecz pokrótce przedstawić można następująco:

1) Krwinki czerwone z krwi chorych na raka żołądka wobec wielokrotnej ilości surowicy równoimiennej odmiennie się zachowują zależnie od okoliczności, czy krew poprzednio pozostawała bez przerwy przez 24 godzin pod wpływem ciepłoty 37° C., czy też tylko z początku przez 6 godzin w ciepłocie 37° C., a następnie przez 18 godzin w ciepłocie pokojowej. W pierwszym przypadku, t. j. gdy poprzednio krew bez przerwy przez 24 godzin pozostawała pod wpływem 37° C., krwinki nie okazywały skłonności do układania się w grupki lub w ruloniki, lecz były zawsze odosobnione, a kształt ich nie ulegał wybitniejszej zmianie, nawet skoro krople krwinek czerwonych rozcieńczono 130 razy większą ilością surowicy równoimiennej rakowej. Przy rozcieńczeniu jednej kropli krwinek czerwonych 20- i 50-krotną ilością surowicy równoimiennej kształt ich się nie zmieniał nawet wtedy, skoro pozostawały następnie przez 6 dni w cieplarce w ciepłocie 37° C. Hemolizę spotykano tylko przy słabszych rozcieńczeniach, t. j. po dodaniu do 1 kropli krwinek czerwonych 10-krotnej ilości surowicy równoimiennej rakowej.

Inaczej rzecz się miała w drugim szeregu doświadczeń, skoro krew poprzednio pozostawała najpierw przez 6 godzin w ciepłocie 37° C., a następnie przez 18 godzin w ciepłocie pokojowej. Naówczas małe ilości czystej surowicy równoimiennej rakowej wywoływały skupienie się krwinek (niekiedy zlepienie się); większe ilości surowicy równoimiennej (40 i 50 ×) zmniejszały zdolność skupiania się, podczas gdy w miarę jeszcze silniejszych rozcieńczeń (60 i 130 ×) surowicą równoimienną spostrzegano pod drobnowidem układanie się krwinek czerwonych w ruloniki. Poikilocytozę zauważono dopiero przy rozcieńczeniach 60—130-krotną ilością surowicy równoimiennej, podczas gdy przy słabszych rozcieńczeniach (10 i 50 ×) krwinki czerwone okazywały w przeważnej części postać prawidłową i w małej ilości były nieco napęczniałe. Hemoliza znaczniejsza występowała jedynie w słabych rozcieńczeniach (10-krotnych), w silniejszych rozcieńczeniach brak było hemolizy, a krwinki czerwone były tylko jakby liczebnie zmniejszone. Skoro jednak następnie zadziałała na krwinki czerwone, rozcieńczone wielokrotną ilością surowicy rakowej równoimiennej, bez przerwy ciepłota 37° C. przez 3 doby, zawsze występowała znaczna hemoliza.

2) Surowica rakowa równoimienna, dodana w jakiejkolwiek ilości do kropli krwinek czerwonych w 4 cm^3 rozczynu fizyologicznego (0·85%) Na Cl nie wywołuje nigdy strątu ani makroskopowo ani mikroskopowo; pod drobnowidem krwinki czerwone zawsze odosobnione. Przy zadziałaniu mniejszej ilości surowicy równoimiennej rakowej (10-krotnej, t. j. 10 kropli) kształt krwinek czerwonych prawie prawidłowy; przy zadziałaniu większej ilości surowicy równoimiennej rakowej (16—60-krotnej, t. j. 16—60 kropli) występowała poikilocytoza tem znaczniejsza, im więcej dodawano surowicy równoimiennej. Hemoliza pojawiała się przy rozcieńczeniach 20- i 30-krotną (20 i 30 kropli) ilością surowicy równoimiennej rakowej, zwłaszcza gdy do doświadczeń użyto krwi, która poprzednio najpierw przez 6 godzin pozostawała w ciepłocie 37° C., a następnie przez 18 godzin w ciepłocie pokojowej; słabe i silne rozcieńczenia surowicą równoimienną rakową (10 i 60-krotną t. j. 10 i 60 kropli) nie wywoływały wybitniejszej hemolizy.

3) Kropla 3% rozczynu perhydrolu, dodana do 4 cm^3 rozczynu fizyologicznego (0·85%) Na Cl z domieszką kropli krwinek czerwonych i wielokrotnej ilości surowicy równoimiennej rakowej nie wywoływała nigdy strątu, ani skupiania się krwinek czerwonych; pod drobnowidem w osadzie zawsze krwinki czerwone odosobnione. Wobec małych ilości surowicy równoimienej rakowej (16-krotnej t. j. 16 kropli) w połowie przypadków spostrzegano jużto znaczną poikilocytozę, jużto hemolizę; wobec większej ilości surowicy równoimiennej rakowej (20, 30, 60-krotnej t. j. 20 30, 60 kropli) zauważano wzmaganie się poikilocytozy, a zmniejszanie hemolizy tak, iż przy 60-krotnej ilości surowicy (60 kropli) poikilocytoza była bardzo znaczna, a krwinki czerwone w skąpej ilości wyługowane z barwika krwi. Gdy zaś krew poprzednio pozostawała przez 24 godziny bez przerwy w ciepłocie 37° C., wynik na ogół był podobny, tylko zjawisko hemolizy ujawniało się w znacznie słabszym

stopniu. Wogóle i tu poikilocytoza zachowywała się w odwrotnym stosunku do hemolizy.

4) Odczynnik Uffelmanna wywoływał w 2 kroplach krwinek czerwonych krwi rakowej, rozcieńczonych w 4 cm³ rozczynu fizyologicznego (0·85%) Na Cl, zawsze szybko powstający strąt, o wiele znaczniejszy, niż przy doświadczeniach równorzędnych z krwinkami czerwonemi krwi prawidłowej. Odczyn ten powstawał najwybitniej po odstaniu się poprzedniem krwi utoczonej przez 24 godzin zarówno w ciepłocie pokojowej, jak przy 37° C. Krew należy jednak dobrze odwirować, gdyż i ślady znaczniejsze surowicy równoimiennej w osadzie krwinek nie są obojętne. Również wskazanem jest, aby krwinek czerwonych zbytnio nie opłukiwać rozczynem fizyologicznym soli, gdyż naówczas mogą być one w większym lub mniejszym stopniu wyługowane z istot białkowatych, przez co i strąt słabiej się zaznacza. W o g ó l e k r w i n k i c z e r w o n e k r w i r a k o w e j z a w i e r a j ą s t a l e w i ę k s z ą i l o ś ć c i a ł b i a ł k o w a t y c h (endoglobulin), które się strącają w rozczynie fizyologicznym Na Cl wobec odczynnika Uffelmanna, niż krwinki czerwone krwi prawidłowej, pomimo bardzo małej zawartości hemoglobiny i ogólnego charłactwa ustroju.

α) Odczynnik Uffelmanna, dodany do 1 kropli krwinek czerwonych krwi rakowej, rozcieńczonych 4 cm³ rozczynu fizyologicznego Na Cl, wytwarzał wobec domieszki małych ilości surowicy równoimiennej rakowej (1—2-krotnej t. j. 1—2 kropli) stan skupiania się krwinek czerwonych w gromadki; natomiast domieszki większych ilości tejże surowicy (12-krotnej t. j. 12 kropli) nie wywoływały tego zjawiska; krwinki czerwone w przeważnej ilości okazywały postać prawidłową i tylko miejscami były napęczniałe. Hemoliza znaczniejsza powstawała w powyższych warunkach tylko przy równoczesnem zadziałaniu małej ilości surowicy równoimiennej rakowej; w miarę większej ilości tejże surowicy zjawisko hemolizy było coraz słabsze. Gdy zaś oprócz odczynnika Uffelmanna zadziałano i perhydrolem. wtedy zawsze tak wobec małych, jak i większych ilości surowicy równoimiennej rakowej stwierdzano strąt, a względnie pod drobnowidem skupienie lub zlepienie się krwinek czerwonych w grudki (tem słabiej, im więcej dodano surowicy); natomiast odnośnie do zwiększonej ilości surowicy wzmagała się poikilocytoza, a zmniejszała hemoliza. Dodatek perhydrolu wywoływał pęcznienie krwinek czerwonych i wywoływał rychlejsze skupianie się tychże w grudki, a zmniejszał warunki dla powstawania hemolizy wobec wielokrotnej ilości surowicy rakowej i odczynnika Uffelmanna. Wyniki powyższe otrzymano, skoro do doświadczeń użyto krwi, którą poprzednio po utoczeniu przez 6 godzin pozostawiono w cieplarce (37° C.), a potem przez 18 godzin w ciepłocie pokojowej. Przy wykonywaniu doświadczeń z krwią, która pozostawała poprzednio bez przerwy przez 24 godzin w ciepłocie 37° C, wyniki na ogół były takie same, tylko słabszego nasilenia.

5) Odczynnik Uffelmanna działał odmiennie na nieopłukane i opłukane krwinki czerwone krwi prawidłowej w rozczynie fizyologicznym Na Cl (0·85%) wobec wielokrotnej ilości surowicy z krwi chorych na raka żołądka. Gdy do doświadczeń użyto krwinek czerwonych prawidłowych nieopłukanych, to odczynnik Uffelmanna wobec bardzo małych ilości surowicy rakowej wywoływał stan skupiania się tychże krwinek, podczas gdy przy większych ilościach surowicy rakowej krwinki czerwone prawidłowe nie okazywały dążności do układania się w gromadki, lecz były odosobnione. Przy 6—8-krotnej (6—8 kropli) ilości surowicy rakowej pojawiała się zupełna hemoliza, a przy większej domieszce surowicy rakowej — poikilocytoza bez hemolizy. Wogóle wobec odczynnika Uffelmanna większe ilości surowicy rakowej mniej szkodliwie działały na krwinki prawidłowe nieopłukane, niż mniejsze (średnie) ilości tejże surowicy. Natomiast w drugim szeregu doświadczeń, w którym użyto opłukanych krwinek czerwonych krwi prawidłowej, odczynnik Uffelmanna wobec wielokrotnej ilości surowicy rakowej zawsze (bez względu na ilość dodanej surowicy) wytwarzał zrazu tylko stan skupiania się krwinek czerwonych, a dopiero następnie po zadziałaniu przez czas dłuższy w ciepłocie 37° C. — hemolizę. Krwinki czerwone krwi prawidłowej i poprzednio opłukane były zatem odporniejsze na działanie surowicy rakowej wobec odczynnika Uffelmanna, prawdopodobnie przez usunięcie domieszki surowicy prawidłowej.

Wogóle na podstawie naszych doświadczeń jesteśmy uprawnieni do następujących wniosków:

1. Krwinki czerwone krwi chorych na raka żołądka pomimo znacznego ogólnego charłactwa ustroju, wodnistości krwi i bardzo małej ilości hemoglobiny zawierają stale znacznie więcej ciał białkowatych, strącających się odczynnikiem Uffelmanna, niż krwinki czerwone krwi prawidłowej. Okoliczność ta wskazuje, iż krwinki czerwone krwi chorych na raka żołądka odznaczają się niezwykłą zdolnością pochłaniania i przyswajania istot białkowych, krążących w osoczu krwi, a w danym przypadku najprawdopodobniej wydzielin komórek nowotworowych rakowych, które dostają się do ogólnego krążenia. W miarę coraz większego nagromadzania się wytworów wydzielniczych komórek nowotworowych rakowych we krwi i coraz większego pochłaniania ich przez krwinki czerwone, zmienia się coraz barbardziej skład krwinek jakościowo i ilościowo, a tem samem wytwarza się coraz większe charłactwo ustroju.

2. Surowica krwi chorych na raka żołądka działa w małych dawkach niszcząco na krwinki czerwone równoimienne i wywołuje hemolizę; podczas gdy w miarę większych dawek działa coraz mniej szkodliwie, wywołując zrazu poikilocytozę, a tylko w bardzo nieznacznym stopniu hemolizę, a w wielkich dawkach wytwarza nawet obraz drobnowidowy, zbliżony do stosunków prawidłowych.

3. Surowica krwi chorych na raka żołądka działa w małych dawkach niszcząco na nieopłukane krwinki czerwone krwi prawidłowej i wywołuje hemolizę, a w większych dawkach mniej szkodliwie, wywołując poikilocytozę bez hemolizy. Natomiast opłukane krwinki czerwone krwi prawidłowej wobec wszelkich ilości surowicy krwi chorych na raka żołądka zachowują się zrazu odpornie i dopiero przy zadziałaniu jej w ciepłocie 37° C. przez czas dłuższy ulegają zupełnej hemolizie.

Z kliniki lekarskiej Prof. dra A. Gluzińskiego i z Zakładu anatomii patologicznej Uniwersytetu lwowskiego.

O znaczeniu etyologicznem schorzenia migdałków w sprawach tz. gośćcowych ostrych

podali

Doc. dr Maryan Franke

i

Helena Schusterówna,

demonstratorka Zakładu anatomo-patologicznego.

(Ciąg dalszy).

Zanim przejdę do omówienia przypadków klinicznych, chcę przedtem podać wyniki badań naszych anatomo-patologicznych, bo dopiero zestawienie badań klinicznych z wynikiem badania sekcyjnego uważać należy jako jedynie korzystne dla wyjaśnienia omawianego związku. W badaniach naszych anatomo-patologicznych zwracaliśmy uwagę przedewszystkiem na stan migdałków i to tak na podstawie badania makroskopowego jak i mikroskopowego, a podzieliliśmy wszystkie przez nas badane przypadki na dwie grupy. Pierwszą grupę stanowią te, w których stwierdzono zmiany, odpowiadające ostremu gośćcowi stawowemu i jego następstwom lub sprawom jemu pokrewnym, a w drugą złączyliśmy te przypadki, gdzie przyczyną śmierci było inne schorzenie i gdzie nie było żadnych zmian gośćcowych i innych schorzeń mu pokrewnych. Porównanie zachowania się migdałków w przypadkach «gośćcowych« i »obojętnych« (to jest nie okazujących zmian gośćcowych), może nam wyjaśnić znaczenie schorzenia migdałków w przypadkach, o które nam chodzi. Z grupy I. (gośćcowych) zbadaliśmy przypadków dwadzieścia, a z grupy II. (obojętnych) pięćdziesiąt trzy. Dla łatwiejszego zoryentowania się w wyniku naszych badań migdałków w grupie I., podam je w skróceniu zestawione w tablicę, a co do przypadków grupy II., to wynik ich badania skreślę tylko sumarycznie, również uwzględniając w nich tylko stan migdałków.

Przechodząc do I. grupy, widzimy zachowanie się następujące: (zob. tabl. I.)

Z grupy II. to jest przypadków »obojętnych«, badaliśmy przypadków 53 bez wyboru, starając się wykazać, w ilu z nich znajdziemy w migdałkach zmiany, stwierdzone w przypadkach »gośćcowych«. Zaznaczę krótko, że z tych 53 przypadków 25 nie okazywało w migdałkach zmian patologicznych, spotykanych w grupie I; w 20 natomiast za uciskiem można było z migdałków wydostać ciecz ropiastą, ukrytą w rozszerzonych kryptach, a w 8 prócz tego obok cieczy ropiastej mikroskop wykazywał obecność mas nekrotycznych, a w jednym z nich z ropniem wątroby stwierdzono w tkance okołomigdałkowej również i nacieki drobnokomórkowe, wzdłuż naczyń biegnące. Zebrawszy razem te wszystkie przypadki, spotykamy w 47% przypadków naszych brak zmian w migdałkach, w 53% stwierdzono stan podobny do stwierdzonego w grupie I; z ostatnich z grupy II w 72% przypadków wykazano obecność cieczy ropiastej w kryptach, w 28% prócz tego i masy nekrotyczne w nich ukryte.

Przechodząc do omówienia materyału naszego z uwzględnieniem prac innych, z góry zaznaczyć należy, że o istnieniu związku między schorzeniem migdałków a ostrym gośćcem stawowym i sprawami z nim związanemi będziemy mogli mówić wtedy, jeżeli wykażemy, 1°) że wystąpienie wybuchu spraw gośćcowych poprzedza zawsze lub bardzo często schorzenie migdałków; że dalej da się wykazać rzeczywiście klinicznie jednociągłość między schorzeniem ich, a wybuchem gośćca, a przytem współistnienie obu tych spraw jest rzeczą bardzo częstą i nie przypadkową; za związkiem istotnym obu tych schorzeń przemawiać będzie przedewszystkiem i to, że w danym przypadku nietylko przy pierwszym nawale, ale przy nawrotach i zaostrzeniach sprawy gośćcowej spotykamy, jako schorzenie początkowe, poprzedzające zawsze zajęcie migdałków. Za istnieniem związku szukanego przez nas przemawiać będzie 2°) stwierdzenie schorzenia migdałków jako objawu stałego przy gośćcu, a także i w tych przypadkach, w których podania chorego nie dają nam żadnych danych w tym kierunku; 3°) wykazanie anatomo-patologiczne schorzenia migdałków jako objawu stałego przy schorzeniach gośćcowych w przypadkach zakończonych śmiercią (badania pośmiertne). Wreszcie za istotnym związkiem między schorzeniem migdałków, a schorzeniami gośćcowemi przemawiać nam będzie 4°) ustąpienie objawów gośćcowych lub powstrzymanie nawrotów po leczeniu istniejącego stanu schorzenia migdałków i 5°) wykazanie ewentualne wybuchu nawrotu sprawy gośćcowej po sztucznem (operacyjnem) wywołaniu ostrego zapalenia migdałków w danym przypadku.

Podając szereg klinicznie przez nas spostrzeganych przypadków, podnieśliśmy w wywiadach chorych właśnie poprzedzające schorzenie (zapalenie) migdałków. Przegląd podanych przez nas historyi chorób wykazuje we wszystkich przed wybuchem gośćca na krótszy lub dłuższy czas wystąpienie ostrych objawów ze strony gardła; w czasie istnienia lub po nich w 2—3 dni lub nieco więcej po ostrych objawach występowały objawy stawowe. Nie dosyć na tem, bo z historyi chorób widzimy, że często chorzy ci należeli do tych, u których zapalenie gardła było sprawą przewlekle powtarzającą się, aż gdy wśród jednego nawrotu zajęcia migdałków wystąpiły objawy stawowe, wtedy nawrotom migdałkowym towarzyszyły nawroty ostrego gośćca lub zaostrzenia spraw pogośćcowych w zakresie narządu krążenia. Początek nietylko pierwszego nawału gośćca, lecz zwłaszcza nawrotów jego, poprzedzało zawsze w tych przypadkach ostre zapalenie gardła, co tem bardziej przemawia za istotnym, a nie przypadkowym związkiem obu tych spraw.

Przeglądając historye chorób przypadków, których nie włączyliśmy do szczegółowej naszej kazuistyki, a te dotyczą przedewszystkiem ludzi inteligentnych, znajdowaliśmy również często w wywiadach obecność poprzedzającego ostrego zapalenia migdałków. Statystyki jednak częstości występowania obu tych spraw w naszych przypadkach podawać nie chcę ze względów, które wyżej zaznaczyłem. Dodać przecież muszę, że stosunek ten w naszych przypadkach był bardzo częsty, choć nie we wszystkich przypadkach spotykaliśmy świeżo przebyte zapalenie migdałków. Przeglądając dane statystyczne, podane przez innych, znajdujemy w literaturze znaczne różnice pod tym względem.

TABLICA I.

Nr porz. Imię i nazwisko Wiek	Rozpoznanie kliniczne (w skróceniu).	Rozpoznanie anatomo patologiczne (w skróceniu).	Stan makroskopowy migdałka.	Stan mikroskopowy migdałka.	Uwagi
1. W. I. lat 56.	Endocarditis chron. sub forma insuffic. valv. mitralis in stadio incompensationis etc.	Endocarditis chron. valvul. mitralis exacerbans etc., myocarditis chron. etc. in stadio incompensationis etc. Emphysema pulm., pleuritis adhaes. chron. Bronchopneumonia dispersa. Cholelithiasis.	Migdałki duże występują ponad powierzchnię; w obu krypty głębokie; za uciskiem z prawego wydobywa się treść zbita, cuchnąca, z lewego treść ropiasta. Na przekroju widać w lakunach żółte czopy; od otoczenia ogranicza się ostro.	Krypty szerokie, wypełnione masami złuszczonego nabłonka i ciałkami białemi. W tkance adenoidalnej folikuły gdzieniegdzie; dość tkanki łącznej. W tkance podmigdałkowej nacieków nieprawidłowych niema.	
2. K. G. lat 42.	Endocarditis chron. ad valv. mit. exacerbans intercurrente statu septico, pericarditis exsudat. etc. nephritis septica, dermatitis embolica etc.	Tonsillitis lacunaris, pericarditis sero-fibr. acuta, endocarditis chron. valv. mitral. acute exacerbans etc. Tumor lienis acutus, nephritis et dermatitis embolica; cholecystitis ulcerosa.	Migdałki duże, błona śluzowa przekrwiona, krypty głębokie, za uciskiem wydobywa się z nich ciecz ropiasta. Na przekroju w lakunach ciecz ropiasta. (Gruczoły limfatyczne na szyi obrzękłe).	Krypty szerokie wypełnione strzępami nabłonka i ciałkami białemi, naczynia silnie przekrwione; ognisk nekrotycznych brak.	
3. P. G. lat 21.	Polyarthritis rheumatica acuta in individuo cum endocarditide chron. ad valv. mitralem in stadio incompensationis etc.	Endocarditis chron. valv. mitralis exacerbans, myocarditis chron. etc. in stadio incompensationis etc. Pneumonia lobularis.	Migdałki nieco wystające; krypty głębokie, z nich przy ucisku wydobywa się ciecz ropiasta. Na przekroju w miąższu ropni nie widać.	W kryptach obfite łuszczenie się nabłonków; krypty wypełnione prócz tego masami nekrotycznemi i ciałkami białemi (bakterye). W tkance adenoidalnej folikuły widoczne; uderza silne przekrwienie. W tkance podmigdałkowej wzdłuż naczyń nieliczne nacieki drobnokomórkowe.	
4. P. T. lat 51.	Endocarditis chron. ad valv. mitralem etc. in stadio incompensationis.	Endocarditis chron. verruc. valv. mitral. exacerb. etc in stadio incompensationis; arteriosclerosis.	Migdałki nie duże, krypty zaznaczone; z nich za uciskiem nic wydobyć nie można. Na przekroju widać pasma tkanki łącznej wnikające od podstawy. Ropni nigdzie nie ma.	Nabłonek dobrze utrzymany. W tkance adenoidalnej folikuły widoczne. W samym migdałku dużo tkanki łącznej.	
5. S. J. lat 22.	Haemoptoe; in agonia.	Endocarditis chron. fibr. ad valv. mitral. exacerbans, etc. in stadio incompensationis etc.; pneumonia lobularis, tumor lienis acutus, tonsillitis lacunaris chron.	Migdałki powiększone, krypty wyraźne, z nich za uciskiem wydobywa się rzadka ciecz ropiasta, miejscami czopy; na przekroju w jednem miejscu ropień wielkości orzecha laskowego wypełniony cieczą rzadką ropiastą; lakuny wypełnione czopami; przekrwienie silne.	Nabłonek na powierzchni dobrze utrzymany, w kryptach odpada w całości, obrzękły; krypty szerokie, wypełnione masami nekrotycznemi; folikuły wyraźne; naczynia przekrwione; w tkance podmigdałkowej dookoła niektórych naczyń naciek drobnokomórkowy; tkanka łączna dość obficie wrasta w migdałek.	
6. K. M. lat 23.	Chorea gravidarum.	Uterus post partum, hyperaemia pulmonum et pneumonia lobularis incipiens. Degeneratio adiposa myocardii. Endocarditis verrucosa recens.	Migdałki małe, krypty głębokie, przy ucisku nic wydobyć nie można. Na przekroju przekrwienie mierne, lakuny głębokie sięgają aż do dna migdałka.	Nabłonek dobrze utrzymany, folikuły liczne, dobrze odgraniczone. Tkanki łącznej obficie.	Z brodawek na zastawkach wyrósł na pożywkach bacillus pyocyaneus; z miąższu migdałka również; ze krwi nie wyrosło nic.
7. E. M. lat 12.	Endocarditis chron. s. forma insuffic. valv. mitralis et stenosis ostii venosi sin. Pericarditis chron adhaes. etc.	Endocarditis chron. valv. sem. aortae et valv. mitr. exacerb. etc., pericarditis obsoleta etc. in stadio incompensationis etc. Tonsillitis chron. lacunaris.	Migdałki duże; krypty wyraźne, głębokie, z nich za uciskiem wydobywa się ciecz ropiasta. Na przekroju budowa utrzymana, miąższ przekrwiony.	Nabłonek w kryptach łuszczy się obficie; w nich prócz tego masy nekrotyczne i ciałka białe. Folikuły wyraźne; przekrwienie dość silne.	
8. I. W. lat 23.	In agonia.	Endocarditis chron. valv. mitral., tricuspid. et aortae verruc. exacerb., pericarditis recens. etc.; incompensatio etc.	Migdałki nieco powiększone; krypty wyraźne, z nich za uciskiem wydobywa się ciecz ropiasta. Na przekroju budowa zachowana.	Nabłonek w kryptach łuszczy się obficie; masy nekrotyczne i leukocyty. Folikuły wyraźne; przekrwienie w tkance adenoidalnej.	
9. C. A. lat 17.	Endocarditis chron. ad valv mitral. exacerbans; pericarditis obsoleta etc. in stadio incompensationis.	Endocarditis chron. exacerb. valv. mitral. et recens valv. semilun. aortae etc.; incompensatio.	Migdałki niewielkie; krypty bardzo wyraźne, głębokie, z nich za uciskiem wydobywa się ciecz ropiasta. Na przekroju widać bardzo szerokie krypty.	Nabłonek w kryptach łuszczy się obficie; ciałka białe w kryptach. Folikuły wyraźne, przekrwienie mierne.	
10. H. I. lat 20.	Endocarditis chron. in stadio incompensationis etc.	Endocarditis chron. valv. semilun aortae et mitralis verrucosa exacerb. et recens verrucosa valv. tricuspidalis etc. incompensatio.	Migdałki duże, krypty bardzo wyraźne, z nich za uciskiem wydobywa się ciecz ropiasta; z krypty tylnej dużej obfite masy szarawe. Na przekroju odgraniczenia wyraźne, miąższ obrzękły, lakuny workowato rozszerzone, w nich ciecz ropiasta.	Nabłonek na powierzchni i w kryptach łuszczy się obficie, w kryptach prócz tego obfite ciałka białe. Folikuły nieliczne lecz wyraźne.	

TABLICA I. (ciąg dalszy).

Nr porz. Imię i nazwisko Wiek	Rozpoznanie kliniczne (w skróceniu).	Rozpoznanie anatomo-patologiczne (w skróceniu).	Stan makroskopowy migdałka.	Stan mikroskopowy migdałka.	Uwagi
11. S. M. lat 27.	Endocarditis chron. etc. in stadio incompensationis.	Endocarditis chron. ad valv. mitral. semilun. aortae et tricuspid. s. forma verrucosae exacerbans etc. in stadio incompensationis.	Migdałek mały, błona śluzowa blada, krypty wyraźne, z nich wydobywa się ciecz ropiasta. Na przekroju krypty szerokie, wypełnione treścią zbitą żółtą.	Nabłonek w kryptach łuszczy się, w nich prócz tego masy nekrotyczne i ciałka białe. Folikuły nieliczne, naczynia krwionośne o ścianach zgrubiałych; obficie tkanki łącznej.	
12. M. K. lat 33.	Endocarditis chron. ad valv. mitral. etc., myocarditis chron. in stadio incompensationis.	Endocarditis chron. fibr. sub forma verruc. exacerb ostii venosi utr. et arter. sin. etc. myocarditis chron. in stadio incompensationis.	Migdałki nie występują, blade, krypty wyraźne, z nich za uciskiem wydobywa się skąpo ciecz ropiasta. Na przekroju odgraniczenie wyraźne.	Nabłonek na powierzchni utrzymany, w kryptach łuszczy się; b. skąpe ciałka białe. Folikuły gdzieniegdzie widoczne, tkanki łącznej obficie.	
13. S. M. lat 24.	Endocarditis chron. valv. mitral. etc. in stadio incompensationis etc.	Endocarditis chron. fibr. val. mitral. et tricuspidalis exacerbans etc. venostasis etc.	Migdałki małe, na powierzchni jednego mały ubytek; krypty wyraźne, ropy za uciskiem wydobyć nie można. Na przekroju mało tkanki adenoidalnej.	Nabłonek utrzymany, na powierzchni jednego masy nekrotyczne; tkanki adenoidalnej mało; tkanka łączna obfita. Ukrwienie dobre.	
14. O. J. lat 24.	Endocarditis chron. ad valv. mitral etc., myocarditis chron. in stadio incompensationis etc. Polyarthritis peracta.	Endocarditis chron. exacerb. valv. mitral. et semilun. aortae et tricusp. et chron. fibr. post ulcerosam (? subsequ. stenosi ostii venosi sin. Pericarditis chron. Incompensatio etc. Tonsillitis lacunaris et folicularis hypertr.	Migdałki bardzo duże, na powierzchni liczne wejścia do krypt głębokich, z nich wydobywa się b. obfita treść żółta, ropiasta. na przekroju miąższ obrzękły, w kryptach żółte czopy.	Nabłonek obrzękły, w kryptach obficie łuszczy się, tu błona śluzowa przerosła, tworzy wypustki silnie przekrwione, odpadające; obfite masy nekrotyczne i ciemno zabarwione twory [bakterye (?)]. Tkanka adenoidalna silnie ukrwiona, folikuły liczne, wielkie. Dookoła migdałka nacieki drobnokomórkowe.	
15. S. J. lat 36.	Polyarthritis rheum. acute exacerbans, endocarditis acuta ad valv. mitral. Delirium in individuo paralytico	Endocarditis ulcerosa incipiens valv. mitralis et chron. verruc. valvulae eiusdem etc. Tumor lienis acutus. etc.	Migdałki duże, na powierzchni zaczerwienione; krypty wyraźne, z nich wydobywa się rzadka treść ropiasta. Na przekroju krypty wyraźne, miąższ przekrwiony.	Nabłonek w kryptach łuszczy się obficie, w nich prócz tego masy nekrotyczne i liczne ciałka białe. Tkanka adeinodalna silnie przekrwiona, folikuły wyraźne, w tkance okołomigdałkowej drobnokomórkowe nacieki.	
16. J. J. lat 20	Endocarditis chron. ad valv mitral. etc. in stadio incompensationis.	Endocarditis chron. s. forma verrucosae exacerb, valv. mitralis etc., endocarditis chron. papill. ventr. sin. et recens verruc. tricuspid., obliteratio pericardii etc. in stadio incompensationis etc.	Migdałki dość duże, krypty wyraźne, z nich za uciskiem wydobywa się obficie gęsta ciecz ropiasta. Na przekroju budowa nieco zatarta, miąższ obrzękły, lakuny b. głębokie i szerokie, wypełnione gęstą żółtą masą; jedna lakuna sięga aż do tkanki podmigdałkowej.	Nabłonek na powierzchni utrzymany, w kryptach łuszczy się, obrzękły, oprócz tego w kryptach liczne ciałka wypocinowe i masy nekrotyczne; folikuły obfite, naczynia przekrwione.	
17. A. O. lat 47.	Endocarditis chron. exacerbans valv. mitralis etc, nephritis chron. haemorrh. etc. incompensatio.	Endocarditis chron. fibr. calcificans valv. mitral., aortae et tricusp. sub forma verrucosae exacerb. etc, nephritis chron. haemorrh.; incompensatio etc.	Migdałki małe, krypty wyraźne, z nich za uciskiem wydobywa się ciecz ropiasta. Na przekroju krypty wyraźne w dole znacznie rozszerzone, zawierają treść żółtą ropiastą i konkrementa żółte.	Nabłonek w kryptach obficie łuszczy się, w lakunach prócz tego obficie mas nekrotycznych i ciałek białych; naczynia rozszerzone; tkanki łącznej obficie.	
18. H. P. lat 16.	Endocarditis chron. valv. mitralis exacerbans etc., pericarditis obsoleta etc. in compensatio.	Endocarditis chron. valv. mitral. et ulcerosa recens valv. eiusdem et parietis atrii sin. etc. pericarditis obsoleta etc., incompensatio etc, thymus persistens.	Migdałki małe; krypty szerokie, z nich wydobywa się za uciskiem ciecz ropiasta. Na przekroju krypty szerokie, obficie tkanki łącznej.	Nabłonek na powierzchni utrzymany lecz obrzękły, zwłaszcza w kryptach; tu dość liczne ciałka białe i skąpo masy nekrotyczne. Folikuły widoczne; naczynia krwionośne o ścianach zgrubiałych.	
19. A. B. l. 40.	In agonia.	Endocarditis chron. exacerbans valv. mitralis etc., peri- et myocarditis chron.	Migdałki małe; krypty głębokie, z nich za uciskiem nic wydobyć nie można. Na przekroju tkanki adenoidalnej mało, tkanki łącznej obficie.	Nabłonek utrzymany. Folikuły ostro odgraniczone, tkanki łącznej obficie.	
20. E. S. lat 24.	Endocarditis chron. valvul. mitralis etc. in stadio incompensationis etc.	Endocarditis chron. calcif. valv. mitralis etc., incompensatio etc.	Migdałki małe, krypty prócz jednej tylnej słabo widoczne. za uciskiem wydobywa się ciecz ropiasta. Na przekroju w kryptach liczne żółte czopy.	Nabłonek w głębokich kryptach łuszczy się i odpada, prócz tego widać w nich ciałka białe, masy nekrotyczne i bakterye; folikuły wyraźne, naczynia silnie przekrwione, w głębi dużo tkanki łącznej.	

Fowler podaje, że w 80% przyp. ostrego gośćca poprzedzało ostre zapalenie migdałków, gdy Steward podaje ten stosunek na 70—80%, a Archibald Garrod również na 80%; Gerhardt natomiast na 65 przypadków w 14 tylko znalazł poprzedzające zapalenie migdałków, co stanowi 21%; Pribram znowu stwierdza obecność obu tych spraw (według danych wywiadowych) tylko w 1·7%, gdy Singer znalazł ją w 42% przypadków. Te znaczne różnice statystyczne

muszą zastanowić, lecz, jak wiemy, wartość tych zestawień statystycznych nie jest wielka wobec tego, że one opierają się głównie na wywiadach, których znaczenie polega z jednej strony na inteligencyi i zdolności spostrzegawczej chorego, a z drugiej na celowości pytającego. Jak często i my mogliśmy stwierdzić brak podania w tym kierunku ze strony chorego, aż dopiero celowe, szczegółowe wypytywanie go następowo wykazać mogło poprzedzające zapalenie migdałków, nieraz i dokuczliwe, którego chory sam poprzednio nie podawał, »bo go o to nie pytano«. Statystyka w tej sprawie wówczas mogłaby mieć wartość rzeczywistą, jeśliby wywiady przeprowadzano zawsze wyczerpująco, a celowo w każdym przypadku włączonym do statystyki, a nie włączano »ad hoc« wszystkich przypadków »gośćcowych« bez wyjątku, w których wywiady są niedokładne i nieszczegółowe. W każdym razie nasze spostrzeżenia wykazują, że ostre zapalenie migdałków poprzedza często (w 80% przyp. mniej więcej) ostre zapalenie stawów i to nietylko pierwszy nawał jego, ale i nawroty tak stawowe, jak i zaostrzenia spraw gośćcowych w narządzie krążenia.

Z kolei przejdziemy do rozpatrzenia punktu drugiego, — czy schorzenie migdałków da się wykazać w sprawach gośćcowych jako objaw stały w każdym lub prawie każdym przypadku. Z przypadków klinicznych, przez nas przytoczonych, w 6 znaleźliśmy w migdałkach obecność ropy w kryptach i czopy cuchnące, ukryte w kieszonkach nieraz od zewnątrz zamknięte; przytem migdałki niezawsze były powiększone. W reszcie przypadków migdałki były tylko o błonie śluzowej zaróżowionej, mniej lub więcej powiększone lub nawet małe. Zwrócić jednak należy uwagę na to, że nieraz klinicznie można nie znaleść żadnej zmiany patologicznej w migdałkach, a dopiero dokładne badanie sondą haczykowatą zawartości kieszonek wykaże ukryte czopy lub ropę lub też w głębi migdałka schowany ropień. Nieraz jednak i przy tem badaniu nie wykażemy nic, a dopiero, jak doświadczenie poucza, wyłuszczenie zupełne migdałka lub badanie dokładne pośmiertne wykaże w głębi ukryty ropień, którego za życia znaleść nie było można. Zrozumieć łatwo ten ujemny nieraz wynik badania klinicznego, jeżeli uwzględnimy badanie pośmiertne migdałków, przy którem gdzieś w głębi migdałka dopiero znajdziemy ropień zamknięty od zewnątrz.

Z prac, spotykanych w literaturze o częstości istnienia schorzenia migdałków w przypadkach gośćcowych, przytoczę tylko wyniki badań, przeprowadzonych w tym kierunku przez Güricha i Schichholda, którzy podają najobfitszy materyał w tym przedmiocie. Przypomnę, co już wyżej zaznaczyłem, że Gürich opisał przy sprawach gośćcowych prawie stale przez siebie spotykane schorzenie migdałków t. zw. »angina fossularis chronica«, a podaje on, że wśród 125 przypadków gośćcowych dokładnie zbadanych znajdował je prawie we wszystkich. Schichhold znowu w swoich 70 przypadkach gośćcowych również prawie we wszystkich stwierdził obecność wspomnianej »angina fossularis chronica«. Przyłącza on się przytem do zapatrywań etyologicznych Güricha, że ostry gościec stawowy jest w wielu przypadkach wywołany przez opisane schorzenie migdałków.

Wobec braków, które nastręcza badanie kliniczne migdałków, jak to wyżej zaznaczyliśmy, ucieklіśmy się do badania ich pośmiertnego. Przeglądając tablicę naszych szczegółowo przytoczonych przypadków, widzimy, że włączyliśmy tu przypadki tak ze sprawami ostremi gośćcowemi stawów, jak i przedewszystkiem przypadki ze zmianami następczemi w narządzie krążenia i jeden przypadek pląsawicy (chorea gravidarum), który ściśle do tej grupy schorzeń nie należy, lecz umieściliśmy go ze względu na ciekawy wynik badania bakteryologicznego w związku z zajęciem migdałków. Z dwudziestu przytoczonych przypadków, w dwu, to jest w 10% przypadków, migdałki nie okazywały żadnej zmiany patologicznej, w 18 zaś, to jest w 90% przypadków »gośćcowych« stwierdziliśmy schorzenie migdałków. Z tych osiemnastu przypadków w jednym spotkaliśmy martwicę na powierzchni migdałka, w przypadku drugim (chorea gravidarum) znowu mikroskop nie wykazywał wprawdzie żadnych objawów zapalenia, lecz badanie bakteryologiczne wykazało w migdałku obecność prątka ropy błękitnej, który również znaleziono w nalotach zapalnych na zastawce dwudzielnej, gdy ze krwi i śledziony wyhodować go nie było można. W reszcie przypadków, t. j. w 16, zmiany w migdałku przedstawiały jeden i ten sam typ schorzenia. Makroskopowo migdałki w nich co do wielkości przedstawiały się rozmaicie. I tak znajdowaliśmy migdałki małe, niewysterczające prawie z pomiędzy łuków podniebiennych. We wszystkich przypadkach patologicznych zwracało uwagę zachowanie się krypt migdałków; we wszystkich krypty występowały bardzo wyraźnie; były one przeważnie szerokie, w głąb migdałka sięgające. Często przytem na przekroju stwierdzić można było, że sięgały one bardzo głęboko nieraz aż do dna migdałka, okazując nieraz u podstawy znaczne rozszerzenie zakończeń, zwłaszcza najwyraźniej w przypadku dziesiątym. Za uciskiem migdałka z krypt wylewała się mniejsza lub większa ilość cieczy ropiastej, a często z nich wydusić można było cuchnące »czopy«, złożone z mas nekrotycznych i zagęszczonej ropy. Na przekroju migdałka w rozszerzonych, nieraz od zewnątrz zamkniętych lakunach stwierdzić można było również obecność mniej lub więcej gęstej ropy lub też czopów cuchnących, wypełniających nieraz w całości rozszerzone światło lakuny. Dodam, że, podobnie jak inni, w ropie wykazać mogliśmy drobnoustroje zdolne do rozwoju, które dały się hodować dobrze na pożywkach, i to przeważnie gronkowce i paciorkowce ropotwórcze. Badanie mikroskopowe migdałków znowu wykazywało zmiany w kryptach i to stwierdziliśmy w nich obfite złuszczone nabłonki, które nieraz odpadały całymi płatami, a obok nich w świetle znajdowaliśmy mniej lub więcej obfite ciałka ropne, a nieraz i masy nekrotyczne i drobnoustroje. Prócz tego szczególną uwagę zwrócić należy na obraz mikroskopowy w przypadku III, XIV, XV, w których prócz zmian w kryptach powyżej opisanych, stwierdziliśmy nacieki drobnokomórkowe wzdłuż naczyń w tkance podmigdałkowej. Te trzy przypadki dotyczyły chorych, u których za życia stwierdzono świeżo przebyty ostry gościec stawowy. Podobne nacieki drobnokomórkowe znaleźliśmy jeszcze i w przypadku V, który zwrócił uwagę naszą szczególnie tem, że dopiero na przekroju migdałka stwierdzono w nim w głębi ropień wielkości małego orzecha laskowego, który niczem nie objawiał się od zewnątrz. Obraz anatomopatologiczny migdałków, którzyśmy stwierdzili w przeważnej liczbie naszych badanych przy-

padków, zaliczyć możemy do grupy, objętej nazwą zapalenia migdałków przewlekłego mieszkowego (angina lub tonsillitis lacunaris chronica) z następowem zatrzymywaniem się ropy w mieszkach i tworzeniem czopów cuchnących, z dążnością do zamknięcia ujścia krypt od zewnątrz. Następstwem tych zaburzeń będzie często tworzenie się w migdałku małych ropni zamkniętych od zewnątrz, które wypróżnić się nie mogą do jamy gardłowej, a zawierają w sobie drobnoustroje chorobotwórcze, zdolne do życia i zakażenia. (Dok. nast.)

Oceny i sprawozdania.

Dermatologische Studien. Tom I. Wydawnictwo poświęcone Prof. P. G. Unnie przez przyjaciół i uczniów. Hamburg, L. Voss. 1911 r. (Ciąg dalszy).

Prof. Seifert **Przyczynek do znajomości gruźlicy części płciowych męskich.**

Jaffe. **Choroby weneryczne i prawo karne.**

Wechselmann W. **O zmiękn eniu kości przy nerwowłókniakach.** W. opisuje przypadek nerwowłókniaków, rozrzuconych na całej powierzchni skóry, obok znacznego skrzywienia kręgosłupa i zniekształtnienia klatki piersiowej, skrzywienia przegrody kostnej i chrząstkowej nosa i znacznego wypuklenia podniebienia twardego. Znamiennym objawem były również w tym przypadku bóle przy ucisku kręgosłupa i żeber obok samoistnych bolów międzyżebrowych.

Bloch J. **Pierwsze wystąpienie trądu w Germanii.**

Krzyształowicz F. **Różnice postaci nacieku we wrzodzie wenerycznym a w nacieku kiłowym pierwotnym.** Różnice w ułożeniu nacieku w obu tych schorzeniach są bardzo wybitne. Przedewszystkiem wrzód weneryczny jest rzeczywiście ubytkiem tkanki, otoczonym naciekiem, złożonym z komórek plazmatycznych Unny, podczas gdy pierwotna zmiana kiłowa składa się z nacieków otaczających naczynia krwionośne. Opisując następnie różnice w ułożeniu komórek plazmatycznych w obu tych sprawach chorobowych w stosunku do naczyń i tkanek otaczających, zwraca K. uwagę na postać tychże komórek i na postacie przejściowe między niemi, a komórkami tkanki łącznej, a zatem głównie na obrzękłe i zanikowe komórki plazmatyczne, jakoteż komórki pochodne (Tochterzellen). Wreszcie opisuje przejścia między komórkami śródbłonkowemi i obłonkowemi, a komórkami plazmatycznemi Unny.

Prof. Kobert. **Co powinien wiedzieć dermatolog o saponinach?** Po przedstawieniu chemicznych własności saponinów, wskazuje autor na ich własności fizyczne (pienią się w rozczynach obojętnych i alkalicznych i mają własności tworzenia zawiesin) i farmaceutyczne. W końcu opisuje ich działanie lecznicze i możność ich zastosowania głównie w dermatologii: do mydeł, do kąpieli, do trunków pieniących się i do wytwarzania płynów zawiesinowych (dziegieć), dalej na błony śluzowe, do wód do ust i jako środki moczopędne.

Philippson L. **O odczynie tuberkulinowym w toczniu** (lupus). Na mocy badania kilkudziesięciu przypadków tocznia metodą skórną i oczną, dochodzi P. do wniosku, że nie można uważać za ciężkie tych przypadków, w których toczeń występuje w małych ogniskach, gdyż te pozostają zazwyczaj umiejscowione nawet długie lata, a rozszerzają się najczęściej skutkiem wadliwego leczenia. Za ciężkie zaś uchodzić muszą przypadki, w których toczeń skóry powstał przez bezpośrednie przejście sprawy gruźliczej z narządów leżących pod skórą, np. z błony śluzowej nosa w skórę. To też leczenie tych pierwotnych ognisk, szczególnie zmian w błonach śluzowych, może ustrzedz przed przejściem sprawy chorobowej w skórę.

Richter W. **Impetigo herpetiformis.** Opis przypadku.

Lifschütz I. **Od lanoliny Liebreicha do euceryny Unny.** Autor, dyrektor fabryki chemicznej, opisuje wytworzenie nowego tłuszczu, podanego przez Unnę i nazwanego euceryną, a mającego w stosunku do lanoliny tę zaletę, że miesza się bardzo dobrze z jeszcze większą ilością wody, niż lanolina.

Mendes da Costa. **Przypadek mięsakowatości typu Kaposiego.** Autor dochodzi do wniosku, że ten typ mięsaków bierze początek z śródbłonków naczyń. Z początku powstaje obrzęk i rozluźnienie śródbłonka, a później dopiero występuje wyraźnie przerost i bujanie. Dlatego nowotwory te uważa C. za śródbłoniaki, które rozpoznaje się po początkowych wynaczynieniach, po których widać dopiero rozwój nowotworów.

J. da Azua. **Obrzęk rumieniowy po jodzie w miejscach zaniku skóry.**

Scharff P. **Unguentum terebinthinae compositum.** Autor zaleca ciasto o następującym składzie: »Ac. salicyl. 10,0, ol. terebinth. 10,0 – 20,0, sulf. praecip., terebinth. aa. ad 100,0« w różnych sprawach zakaźnych skóry (folliculitis, furunculosis, pityriasis versicolor, trichophytiasis), opisując otrzymane w krótkim czasie bardzo dobre wyniki.

Posini A. **O budowie nabłonka w stanie prawidłowym i patologicznym,** w szczególności o włóknach naskórkowych (Epithelfaserung).

Prof. Posner. **O nitkach i wałeczkach w moczu.** (Badanie zapomocą wydoskonalonych sposobów optycznych bez barwienia, przy słabych i średnich powiększeniach).

Krzyształowicz.

Holleman. **Podręcznik chemii organicznej.** (Z siódmego wydania niemieckiego przetłómaczyli K. Sławiński i T. Pytasz. Warszawa, Wende i Ska). Książka powyższa napisana po holendersku, następnie zaanektowana przez literaturę niemiecką, słynie w wyższych uczelniach Europy, jako najlepszy »mały« (500 str.) podręcznik chemii organicznej. Cóż więc powiedzieć o tłómaczeniu polskiem; — można tylko podziękować tłómaczom za pracę (bardzo staranną), a Kasie Mianowskiego za to, że przyczyniła się do obniżenia ceny książki do granic, nieznanych na zachodzie, a także i na naszym rynku księgarskim. Możnaby wprawdzie uważać, że w ten sposób wytwarza się konkurencya nie do pokonania dla dzieł oryginalnych, ale właśnie owa »śmieszna« cena tłomaczonej książki powinna przyczyniać się do rozpowszechnienia i utrwalenia zdania, że czytelnik kupując za $^{1}/_{4}$ normalnej ceny (np. rb. 1 kop. 50) tłomaczenie, nie powinien jednocześnie obywać się bez analogicznych polskich dzieł oryginalnych. Poruszam tę sprawę dlatego, że niejednokrotnie słyszałem silne wymówki i więcej niż wymówki pod adresem polskich uczonych, wydających swoje kapitalne dzieła tylko w obcym języku. Niestety nie mamy w Galicyi Kasy Mianowskiego, a fundusze wydawnicze Akademii Umiejętności są skromne.

Wracając do omawianego podręcznika, zaznaczę przedewszystkiem, że jest on napisany zwięźle, nie tak jednak, aby nie można było więcej materyału wpakować na owe 500 stron. Zato działy ważniejsze, zasadnicze, opracowane są obszerniej, ze zdumiewającą jasnością wykładu. Niezrównane są pod tym względem wykłady, odnoszące się do zagadnień stereochemicznych (str. 59, 185, 375 i inne). Z punktu widzenia lekarskiego zarzuciłbym mógł omawianemu podręcznikowi jeden brak: ciała ważne pod względem fizyologicznym są omówione bardzo krótko (z wyjątkiem ciał purynowych pięknie opracowanych). W tym kierunku o wiele więcej daje nam podręcznik chemii organicznej Prof. L. Marchlewskiego, podręcznik o tym samym zakresie, co omawiany i nie ustępujący pod żadnym względem sławnej książce Hollemana. T. Koźniewski.

Dr Józef Starzewski: **Pielęgnowanie chorych.** opracował według niemieckiego podręcznika urzędowego...

Lwów 1912. Nakładem Gubrynowicza i Syna. Str. XXIV + 283. Cena 4 kor.

Warunkiem koniecznym dobrego wykształcenia dozorców i dozorczyń chorych jest dobry podręcznik. W szkole pielęgnowania chorych niepodobna liczyć na to, by wystarczył wykład ustny, choćby najobficiej objaśniany demonstracyami; jak bez ćwiczeń praktycznych, osobiście wykonywanych, tak i bez wyuczenia się zasadniczych wiadomości z podręcznika trudno sobie wyobrazić dobre wyniki nauki szkolnej kandydatów i kandydatek, nie posiadających większego wykształcenia i o średnim zasobie inteligencyi. Toteż, skoro zrealizowała się myśl, poruszona przez »Przegląd lekarski« w r. 1907 i skoro powstała w szpitalu lwowskim szkoła pielęgnowania chorych, przeznaczona przedewszystkiem dla Sióstr Miłosierdzia, stworzenie odpowiedniego podręcznika stało się rzeczą niecierpiącą zwłoki. Mieliśmy wprawdzie szereg książek, poświęconych tej sprawie, lecz dziełka te tłómaczone ani układem, ani treścią nie były odpowiednie dla użytku szkolnego, a przytem były znacznie przestarzałe. Dobre wyniki rokować też można szkole lwowskiej z tego, że jej kierownik, dyrektor szpitala krajowego, odrazu o podręczniku pomyślał i że nie popadł w jedną z dwu, w takim razie ryzykownych skrajności; mianowicie nie silił się na stworzenie rzeczy całkowicie oryginalnej, ale też i nie poszedł niewolniczo za obcymi wzorami. Wybierając drogę pośrednią przerabiając i dostosowując do naszych potrzeb urzędowy pruski »Krankenpflege Lehrbuch« z r. 1910, dał Dr Starzewski i swoim uczennicom i naszej literaturze w tym zakresie dziełko prawdziwie pożyteczne. O pożytku dla literatury naszej wspominamy dlatego, bo wprawdzie posiadamy doskonałe tłómaczenie bardzo w swoim rodzaju dobrej książki Mendelsohna, jednakże wobec ciągłego postępu w tej dziedzinie i ona nie ze wszystkiem już wystarcza i przeznaczona dla lekarzy i studentów może wprawdzie im samym dostarczyć dużo wiadomości, ale nie wskaże im, czego od dobrego dozorcy lub dozorczyni wymagać można i jak go sobie wyrobić. A w tym względzie książka Dr Starzewskiego przyda się i słuchaczom medycyny i nieraz lekarzom i godzi się też im przejrzenie tego dziełka polecić.

Sposób przedstawienia rzeczy jest jasny i treściwy, gdzieniegdzie może zanadto nawet treściwy, gdyż wprawdzie wystarczy tam, gdzie książkę uzupełnia wykład ustny, gdzie służy ona tylko do repetycyi, ale może zbyt zwięzły będzie dla samouków. A pragnąćby przecie należało, aby i dla osób, nie zawodowo, lecz przygodnie (np. w rodzinie) opiekujących się chorymi, książka ta, skądinąd tak dobra, w każdym względzie wystarczyła. Prawda, że rozszerzenie niektórych ustępów w ponownem wydaniu zaszkodzićby mogło jej charakterowi podręcznika przedewszystkiem szkolnego; jednakże możeby się powiodło te obszerniejsze wyjaśnienia tak wprowadzić, aby bądź przez drobniejszy druk, bądź przez umieszczenie w dopiskach, dały się jako nienależące do ram książki szkolnej odróżnić.

O obecnej postaci i podziale książki daje wyobrażenie układ materyału. Wiadomości o budowie i czynnościach ciała ludzkiego zamykają się na 22 stronicach. Następują krótkie (10 stron) uwagi o pokoju chorego, przewietrzaniu, ogrzaniu, oświetleniu, usuwaniu nieczystości. Ogólnym wiadomościom o objawach chorobowych i ich spostrzeganiu dla zdania sprawy lekarzowi poświęcono rozdział III, zajmujący 18 stronic, a pielęgnowaniu chorych (czystość, prześcielanie, układanie, przenoszenie i t. p.) rozdział IV (31 stron). Następne rozdziały obejmują wskazówki, dotyczące żywienia chorych i wykonywania poleceń lekarza. Pielęgnowanie zakaźnie chorych, chirurgicznych, niemowląt i chorych umysłowo omówione są w osobnych rozdziałach. Całość uzupełnia zarys pomocy doraźnej, zasady zachowywanie się w ogólności względem chorych, rodziny ich, lekarza i t. d. i kilka stron o pielęgnowaniu umierających. Do książki dodano bardzo praktyczny słowniczek częściej używanych słów obcych, a tekst objaśniono 118 dobremi rycinami; natomiast dołączone 3 tablice kolorowane nie są już tak dobre. Zresztą strona typograficzna jest wzorowa.

Życząc książce rozpowszechnienia w szerszych sferach, trudno jednak uważać obecną jej cenę księgarską za ułatwienie w tym względzie. Książka, która ma i powinna być naprawdę popularna, musi być też i tania. Z.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Schepelmann. **Choroba morska.** (Klin. therap. Woch. 1911, Nr 40—51). Choroby i cierpienia, powstające wskutek ciągłego ruchu, nazwał Rosenbach kinetozami; należą tu przypadłości przy jeździe balonem, na karuzeli, windą, choroba górska, morska i t. p., a w mniejszym stopniu przypadłości przy jeździe koleją. Podobne objawy wywołuje także jazda na wielbłądzie (ruchy od przodu ku tyłowi wskutek przesuwania się garbu, i boczne wskutek tego, iż wielbłąd wysuwa na raz obie nogi lewe, a potem obie prawe, a nie na przemiany, jak koń). W mniejszym stopniu chwianie to odczuwa się przy szybkiej jeździe na słoniu. Trzęsienie ziemi może czasem wywoływać również kinetozę. Przy kołysaniu się występuje niemiłe uczucie, zwłaszcza przy początku wznoszenia się i końcu opadania. Przy jeździe okrętami, zwłaszcza mniejszymi, wchodzą w grę różne ruchy: kołysanie, chwianie się, podnoszenie i opadanie, a wreszcie zakreślanie łuków przez końce okrętu. Choroba morska ustępuje z chwilą wylądowania, czasem tylko uczucie kołysania i nudności trwają jeszcze 1—2 dni. Objawami choroby morskiej są; niechęć do wszystkiego, apatya, bladość, pocenie się, nudności, wymioty, wstręt do jedzenia i palenia tytoniu, zmniejszenie ilości moczu, utrata wagi ciała, ślinotok, uczucie zimna w okolicy nadbrzusznej i t. p. Zwykle przypady wśród burzy ponawiają się. Czasem choroba przybiera przebieg przewlekły. Nierzadko w razie nagłego niebezpieczeństwa przypady ustają nagle, jak ręką odjął. Choroba morska oszczędza zwykle dzieci, a zawsze oseski. Z powikłań wspomnieć należy o poronieniach, zaburzeniach czynności serca i t. p. Nie należy przyjmować na okręt ze względu na wpływ choroby morskiej chorych z przepuklinami, sprawami wrzodziejącemi przewodu pokarmowego, ze zmianami w narządzie krążenia, ciężką gruźlicą i t. p. Wrodzona odpornośc na chorobę morską wydarza się, ale rzadko. W 6 8% spotykamy naodwrót nadczułość. Nie zapadają na chorobę morską ludzie, cierpiący na ropienia ucha wewnętrznego, głuchoniemi i ślepi. Bardzo wrażliwi są żydzi, kobiety nerwowe, neurastenicy, chorzy na nieżyt jelit i osłabienie po chorobach. Częściej i ciężej zapadają nie palący, niż palacze tytoniu. Ze zwierząt odporne są koty i ptaki, natomiast psy, małpy i konie zapadają nieraz na chorobę morską. Teoryi powstawania morskiej choroby jest kilka: 1) teorya psychiczna, 2) teorya złudzeń zmysłów, 3) teorya niedokrwienia mózgu, 4) wstrząsania trzew brzusznych, 5) teorya molekularnych wstrząśnień Rosenbacha, 6) teorye mózgowe, 7) teorya móżdżkowa samegoż autora. Celem zapobiegania chorobie morskiej polecono stopniowe przyzwyczajanie się do chwiania w różnych przyrządach przed podróżą (kołyski, izby chwiejące się, fotele, karuzele i t. p.); nie wiele one jednak pomagają. Leczniczo jedni polecają położenie się zaraz przy pierwszych objawach na wznak, inni gorące okłady na głowę. Simon stosował podobno ze skutkiem zastoinę Biera. Wielu poleca miesienie nerwów, Dornblüth opaskę brzuszną, inni faradyzacyę okolicy żołądka, Peters fotel wibracyjny. Niezłe usługi oddają ćwiczenia oddechowe. Co do dyety, to zdania są różne. Jedni radzą jeść dużo, inni mało, lecz rzeczy pożywne. Anglicy używają zaraz z początku choroby dużo alkoholu. Dalej podają środki gorzkie, znieczulające, chlo-

roform, atropinę, walidol, środki kojące, (sedativa), środki nasenne, niektórzy stosują systematyczne wstrzykiwania morfiny i t. p. Autor zachwala jako najpewniejszy środek weronal w dawce 0·5—0·75. Ideałem będzie wynalezienie okrętów nie chwiejących się na wodzie, a raczej pokładów i kabin, niezawisłych od ruchu okrętu. K.

Chirurgia.

Casper. **W sprawie leczenia nowotworów pęcherza.** (Med. Klinik. 1911, Nr 51). Każdy nowotwór pęcherza należy operować, albowiem i z najłagodniejszych powstają nieraz złośliwe. Co do drogi operacyi, to o ile możności radzi Casper operować śródpęcherzowo, albowiem cięcie nadłonowe pęcherza nietylko nie daje lepszych wyników, ale nawet usposabia zdaniem Caspra do nawrotów (?), i to bardzo rozlanych i ciężkich. Doświadczenie swe opiera Casper na 192 przypadkach nowotworów pęcherza. Najpierw zbadać należy kawałek nowotworu drobnowidowo. Wynik ujemny co do złośliwości nie dowodzi niczego. Wielkość guza nie może być przeciwwskazaniem do operacyi śródpęcherzowej. Używać należy instrumentaryum o ile możności prostego i dlatego C. przekłada pętlę zimną nad galwanokaustyczną. Krwotoki następowe lub bezpośrednie występują w 2% mniej więcej tak samo przy galwanokaustyce, jak i przy pętli zimnej. Krwotoki następcze przy oddzieleniu strupa występują w 2—3 tygodni. C. kładzie wielki nacisk na to, by po usunięciu nowotworu z pęcherza jeszcze dokładnie zniszczyć jego podstawę w miejscu jego siedziby. K.

Weisz. **Leczenie kamieni pęcherza.** (Pest. med. chir. Pr. 1911. 47, Nr 35). W okolicach, gdzie kamienie występują endemicznie, należy, jak radzi Senator, zakazać pić chorym wody z tego miejsca. Co do dyety, to zalecamy obficie płyny, dyetę mieszaną, mało mięsa, unikanie kawioru, szparagów, kawy, płynów alkalicznych i potraw korzennych. Poleca się zaś owoce, cytryny, mleko, jaja, jagody, winogrona i t. p. Należy zachęcać chorych do ruchu, Ze zdrojowisk polecamy Karlsbad, Vichy, Wildungen, Maryenbad i t. p. (po 4 tygodnie przez kilka lat z rzędu). Trzeba znać skład kamienia i stosownie do tego regulować dyetę (np. przy szczawianach unikać szpinaku, szczawiu, buraków, kakao, grochu i t. p.). W końcu zaznacza autor, że jedynym doszczętnym sposobem usuwania kamieni może być tylko mechaniczne wyjęcie kamienia, co nie wyłącza, a raczej zachęca do stosowania powyższych sposobów postępowania. K.

Weisz. **Charakterystyczne objawy kamieni pęcherza.** (Pest. med. chir. Pr. 1911, 47, Nr 34). Objawy kamienia pęcherza zjawiają się zwykle po forsownych ruchach, a znikają w spokoju. Jednym z pierwszych jest krwawy mocz; krwawienie nie występuje nigdy po nocy, jest skąpe i występuje rzadko. Bole mogą być co do natężenia najrozmaitsze, najczęściej lokalizują je chorzy w żołędzi. Natężenie bolu zależy od chropowatości kamienia i stanu pęcherza i zwykle przy końcu oddawania moczu, gdy ściana pęcherza dotyka kamienia, są bole najsilniejsze. Zatrzymanie strumienia moczu zjawia się najczęściej przy kamykach mniejszych. Niedomykalność pęcherza pochodzi od wielkiej jego wrażliwości, lub od tego, że kamyczek tkwi w pęcherzowem ujściu cewki. Jest to zwykle jeden z pierwszych objawów kamyka u dzieci. W następstwie przypadłości kamienia zjawić się mogą: rozszerzenie kanałów pachwinowych, przepukliny, guzy krwawnicze, wypadnięcie odbytnicy i t. p. Chorobę cechuje nieżyt pęcherza przy moczu jasnym z małymi krwotoczkami i z nagłem niekiedy zatrzymaniem moczu, ewentualnie odchodzeniem kamyczków. Upewnia w rozpoznaniu zgłębnik, cystoskop i rentgenoskopia. K.

Położnictwo i ginekologia.

Noeggerath. **W sprawie karmienia przy gruźlicy stwierdzonej lub podejrzanej.** (Pract. Ergebnisse d. Geburtsh. u Gynaek. 1911, T. IV). Współczesny pogląd na sprawę karmienia niemowląt przez matki gruźlicze streszcza się w zdaniu »mère — pas d'allaitement«. Jakkolwiek N. na zasadzie licznych ścisłych badań stwierdził, że z bardzo małymi wyjątkami bakterye gruźlicze nie przedostają się do ustroju oseska na drodze gruczołu mlecznego, to jednak jest on również zwolennikiem przytoczonej powyżej zasady, a to z następujących powodów: Jak poucza statystyka i piśmiennictwo, mleko matek gruźliczych nie uodpornia ustroju oseska przeciw gruźlicy, ani też nie wpływa dodatnio na przebieg gruźlicy, gdy ona u oseska wystąpi. Natomiast karmienie osłabia ustrój matki w walce z gruźlicą o tyle, że ta sprawa chorobowa albo zaostrza się, albo dotąd utajona ujawnia się, i matka taka, pomijając szkodę, jaka dla niej stąd wynika, tem łatwiej staje się źródłem zakażenia dla dziecka. Rozwiązanie sprawy z punktu widzenia higieny społecznej leży w odosobnieniu osesków zdrowych, a zagrożonych przez gruźlicze matki, w odpowiednich zakładach. A. Markowa.

Birnbaum. **Choroba Basedowa, a życie płciowe kobiety.** (Pract. Ergebnisse der Geburtshilfe v. Gynaek. 1911, T. IV, 1). Choroba Basedowa wywołuje często zaburzenia w miesiączkowaniu, a nawet brak miesiączki, połączony z zanikiem części płciowych. Tłomaczy się to przypuszczalnym związkiem między czynnością wydzielniczą gruczołu tarczowego, a jajnika. Z drugiej strony w czasie miesiączkowania zaostrzają się objawy choroby Basedowa. Dlatego poleca się wtedy spokój, leżenie w łóżku. Wszelkie zaś zabiegi, mające na celu leczenie zbyt silnych krwawień miesięcznych, źle wpływają na stan chorych i należy ich unikać. Powikłanie choroby Basedowa ciążą jest wogóle niezmiernie rzadkie (11 na 15000 porodów). Ponieważ jednak ani ciąża, ani połóg, z niezmiernie rzadkimi wyjątkami, nie wywołują zaostrzenia objawów choroby Basedowa, przeto ta sprawa chorobowa nie stanowi przeciwwskazania ani dla zastąpienia, ani dla karmienia. Co do wpływu choroby Basedowa na płód, zdania są podzielone: poronienie jest rzeczą rzadką, łatwiej występuje w początkach ciąży. Płód może dziedziczyć i chorobę i skłonność do niej. Na pytanie, czy ciąża może wywołać objawy choroby Basedowa, większość autorów odpowiada przecząco. Co najwyżej może ciąża sprawić wystąpienie choroby Basedowa, przedtem utajonej. Zgubny wpływ ciąży na chorobę Basedowa należy jednak zdaniem Birnbauma do bardzo rzadkich przypadków. Gdy jednak groźne objawy wystąpią, racyonalnem leczeniem jest metoda operacyjna Kochera, nie zaś przerwanie ciąży. A. Markowa.

Bossi. **Typowy przypadek porażeń histerycznych na tle zmian w jajniku i macicy.** (Gynaek. Rundschau 1911, Nr 22). Bossi opisuje przypadek zupełnego porażenia kończyn górnych i dolnych u 34-letniej chorej, u której rozpoznawano histeryę. Badanie ginekologiczne stwierdziło zakaźne zapalenie błony śluzowej macicy (endometritis), miąższowe zapalenie szyjki macicy i ślady wysięku w lewych przydatkach. Po wyskrobaniu błony śluzowej macicy i plastyce szyjki znikły wszelkie objawy również i ze strony układu nerwowego. Następnie prawidłowa ciąża i poród. Stąd wniosek, że narządy płciowe kobiet powinny być dokładnie badane przy zaburzeniach nerwowych, psychicznych lub umysłowych. Pojęcie zaś histeryi nie będzie mogło zdaniem B. utrzymać się jako jednostka kliniczna, lecz z postępem wiedzy rozpadnie się na szereg całkiem różnych składników. A. Markowa.

Dermatologia i syfilidologia.

Bloch. **O występowaniu strupnia woszczynowego mysiego u człowieka i jego stanowisko w systemie chorób skóry pochodzenia grzybkowego.** (Dermat. Zeitschr. 1911, str. 452). Do dzisiejszego dnia znane są 3 rodzaje grzyba, wywołującego strupień woszczynowy: Achorion Schönleini, Ach. Quinkeaneum i Ach gypseum Bodin. Odmiany poszczególne trzymają się pewnych okolic, i tak, gdy

np. Ach. Sch. prawie wyłącznie pojawia się w okolicach Paryża. to Ach. Qu. znajdowany bywa w Berlinie i Kilonii. Autor opisuje 5 przypadków strupnia woszczynowego, wywołanego przez Ach. Qu., pochodzących z okolic Bazylei. Przypadki te tem się wyróżniały, iż strupień nie zajmował nigdy miejsc owłosionych, ale okolice skóry nie owłosione (policzek, koniec nosa, udo, ręce, przedramię). Z wszystkich 5 przypadków wyhodowany grzyb okazywał te same cechy; rósł w ciepłocie pokojowej bardzo szybko na zwykłych podłożach w postaci gęstego białego meszku. Dla świnek morskich był silnie trującym. Wszystkie te cechy zbliżają grzyba tego do grupy grzyba strzygącego i dlatego też zdaniem autora grzyb ten nie należy, jak dotąd przypuszczano, do grupy woszczynowej, ale do grupy grzyba strzygącego, może zaś wywoływać w skórze znamienne tarczki, podobne do grzyba woszczyn. H. L. Weber.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 20 XII. 1911.

Przewodniczy Prof. Cybulski. Obecnych 50.

1) Kol. Radwańska przedstawia przypadek **tarni dwudzielnej i wrodzonego wypadnięcia macicy** u $2^1/_2$-miesięcznego oseska.

2) Imieniem komitetu przedwyborczego przedstawia jego przewodniczący, kol. Prof. Łazarski, kandydatów do Zarządu na r. 1912.

Wybrano na r. 1912 następujący Zarząd:

Prezes: Dr Tomasz Janiszewski.

Wiceprezes: Dr Maksymilian Cercha.

Sekretarz stały (na 3 lata): Dr Wacław Damski (ponownie).

Sekretarka doroczna: Dr Ada Markowa.

Bibliotekarz (na 3 lata): Dr Maksymilian Blassberg (ponownie).

Komisya redakcyjna »Przeglądu lekarskiego«: Dr Blassberg, Prof. Dr Browicz, Prof. Dr Krzyształowicz, Prof. Dr Majewski, Prof Dr Rutkowski.

Komisya sprawdzająca: Dr Bielański, Dr Tymoteusz Piotrowski.

Przewodniczący komisyi przemysłowo-lekarskiej: Prof. Dr Mięsowicz.

Przewodniczący komisyi bojkotowej: Dr Józef Zanietowski.

Delegaci do Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich: Prof. Browicz, Prof. Jurasz (ze Lwowa).

Delegat do komisyi sprawdzającej Tow. lek. gal.: Dr Schoengut.

Delegaci na Walne Zgromadzenie Tow. lek. gal.: Dr Akerman, Prof. Cybulski, Prof. Ciechanowski, Dr Damski, Prof. Dobrowolski, Prof. Kostanecki, Prof. Dr Jan Landau senior, Dr Schoengut, Dr Surzycki, Prof. Wicherkiewicz; zastępcy delegatów: Prof. Bochenek, Dr Kwaśnicki, Prof. Reiss, Dr Zygmunt Wachtel senior.

Sekretarz doroczny: Dr G. Grzybowski.

Posiedzenie lekarzy ambulatoryum kliniki neurologiczno-psychiatrycznej Uniw. Jagiell. w Krakowie

Posiedzenie dnia 7. XI. 1911 r

1) Landau i Numberg przedstawiają chorego R. S. właściciela szynku, lat 55. Poprzednio zawsze zdrów, nadużywał alkoholu, kiły się wypiera. Obecna choroba od trzech tygodni, rozpoczęła się bólami głowy i zawrotami, do których dołączyło się po tygodniu upośledzenie mowy, z nierozumieniem tego, co się do niego mówi. Badanie wykazało lekki połowiczy **prawostronny niedowład z objawami afazyi sensorycznej** z aleksyą i agrafią.

W dyskusyi nad etyologią wskazuje Piltz na alkoholizm u chorego i skłania się do rozpoznania »atheroma tosis cerebri« na tle przewlekłego alkoholizmu. Liczne drobne wybroczyny na tle zmian naczyniowych tłómaczą zdaniem mowcy wszystkie powyższe objawy. — Blassberg przypuszcza jedno ognisko z powolnem sączeniem się krwi w to ognisko, coby zdaniem jego tłómaczyło powolne rozwijanie się obrazu klinicznego. — Godlewski przypuszcza krwotoczne zapalenie opony twardej na tle alkoholizmu, czemu Piltz i Landau przeciwstawiają brak niektórych objawów np. drgawek i innych. — Rogalski przyjmuje zakrzep w zmienionej na tle nadużywania alkoholu tętnicy zatoki Sylwiusza z następowem nierównomiernem ogniskowem obumieraniem substancyi nerwowej.

2) Landau przedstawia chorego Z. I., lat 12, bez zajęcia, przysłanego z kliniki otyatrycznej U. J. z rozpoznaniem obustronnego zapalenia ucha środkowego i porażenia nerwu twarzowego lewego. Klinice otyatrycznej zależało na rozstrzygnięciu, czy stan mięśni mimicznych w zakresie porażonego nerwu jest takim, iż można się jeszcze spodziewać skutku z przeszczepienia nerwu językowego w nerw twarzowy i na podaniu przyczyny wysadzenia gałki ocznej i rozszerzenia źrenicy na temże oku. Wobec tego, iż badanie prądem elektrycznym wykazało zupełny odczyn zwyrodnienia tak w zakresie nerwu, jak i mięśni, nie widzi L. wskazania do przeszczepiania nerwów. Co do drugiej jednak sprawy, to badającego uderzyło przedewszystkiem to, iż źrenica oka prawego jest znacznie węższa, aniżeli źrenica oka lewego, na którem to oku wielkość jej należy uważać za prawidłową. Oddziaływanie wprost, konsensualne i podczas akomodowania jest po stronie lewej zupełnie prawidłowe. Ponieważ zaś wązka źrenica oka prawego przy oświetlaniu silniej się jeszcze zwęża, a przy zaciemnianiu oka bardzo niedostatecznie tylko rozszerza, przeto należy zdaniem L. źrenicę lewą uważać za prawidłową, a prawą za nieprawidłową i to w tem znaczeniu, że jej wązkość i niedostateczne rozszerzanie się położyć należy na karb niedowładu w zakresie nerwu współczulnego (m. dilatator pupillae). Idąc w tym kierunku dalej, przypuścić należy, że i wysadzenie lewej gałki ocznej jest tylko pozorne, wywołane z jednej strony przez niedowieranie się powiek (lagophtalmus) tegoż oka, z drugiej zaś może i przez lekkie wpadnięcie w głąb (enophtalmus) oka prawego, którego przyczyna leżałaby właśnie w niedowładzie nerwu współczulnego. Chorego skierowano więc do kliniki okulistycznej dla zbadania w tym kierunku, czy jest jakaś różnica w osadzeniu obu gałek ocznych. Badanie eksoftalmometrem Hertla nie wykazało jednak żadnej wogóle różnicy w osadzeniu gałek ocznych. Mimoto przyjmuje L. obok **porażenia obwodowego nerwu twarzowego lewego i niedowład prawego nerwu współczulnego**.

Dyskusya: Piltz sądzi, że do wyświetlenia przyczynićby się mogło i badanie współczulnego odruchu źrenicznego, a którego badanie, wykonane natychmiast tak kłuciem, jak i prądem elektrycznym, dało wyraźną różnicę między stroną prawą a lewą. Po stronie lewej odruch ten sprawny, okazał się po stronie prawej bardzo leniwym. Piltz zwraca także uwagę i na zachowanie się powiek po obu stronach, wskazując na to, że szpara powiekowa prawa jest znacznie węższa, aniżeli lewa. Gdyby więc można ową wązkość szpary powiekowej odnieść do opuszczenia się powieki prawej na tle niedowładu mięśnia Müllera, to i to przemawiałoby za niedowładem nerwu współczulnego. Tego jednak rozstrzygnąć nie można z powodu obecności lewostronnego niedowierania się powiek, a więc dla braku możliwości porównania strony lewej ze zdrową.

3) Rogalski przedstawia następujący przypadek: Mężczyzna, lat 57, rz. kat., rolnik, dziedzicznie nie obciążony. W 9. i 27. roku życia przechodził zapalenie płuc, zresztą nigdy nie chorował. W 25. roku życia ożenił się; żona 6 razy w ciąży, wszystkie dzieci urodziła dobrze. 1. i 6.

umarło po kilku tygodniach, reszta dzieci chowa się dobrze. Wiewióra ani przymiotu miał chory nie przechodzić, alkoholu nie nadużywał. Obecna choroba rozpoczęła się przed trzema laty po wysiłku, jakiego chory musiał użyć podczas dłuższej jazdy wozem. Z powodu gołoledzi przytrzymywał często ręką koło wozu, opierając się przytem na lewej nodze. Na drugi dzień uczuł, że niema władzy w dużym palcu lewej nogi. Przez pół roku miała się choroba ograniczać do tego jednego objawu. Później posuwał się bezwład ku górze. W jakiś czas nie mógł już chory ruszać żadnym palcem u tej stopy, a wreszcie i całą stopą lewą. Z wiosną obecnego roku stała się bezwładną kończyna lewa aż po kolano. W czerwcu b. r. zauważył chory, że kończyna górna lewa staje się również słabszą. Obecnie ma w niej jeszcze władzę, ale nie taką, jak pierwej. Delikatniejszych robót nie może już wykonywać. Dolna i górna kończyna prawa zawsze były zdrowe i obecnie nie skarży się też chory na żadne w nich dolegliwości. Cierpienia, drgawek, bolów, nie doznawał chory w żadnej z kończyn. Wtedy tylko, gdy leżąc w łóżku chciał szybko wyprostować nogę lewą, uczuwał w niej strzyknięcie, które jednak zaraz mijało. Mocz i stolec oddaje prawidłowo. Bólów głowy i wymiotów nie miewał nigdy i nie ma.

Stan obecny: Głowa, nerwy czaszkowe, źrenice, dno oka bez zmian chorobowych. Narządy wewnętrzne również. Kończyny górne: ruchy czynne we wszystkich stawach obustronnie sprawne i wydatne; chory narzeka jednak, że ruchy przy pronacyi, w stawach nadgarstkowym i palców wymagają większego nakładu siły. Przy ruchach biernych zaburzeń wykazać nie można. Odruchy ścięgniste i okostne po stronie prawej miernie żywe, po lewej nieco żywsze. Siła mięśniowa (dynamometr) pr. 20—24, l. 15—16. Wymiary w obrębie ramienia i przedramienia Pr. = L. Natomiast dość wyraźne zaniki w obrębie mm. międzykostnych, przeciwstawnych i m. przywodzącego paluch w ręce prawej, i lewej. Kończyny dolne: Leżąc chory obu nóg równocześnie podnieść nie może. Pojedynczo podnosi nogę prawą o kąt około 60°, nogę lewą najwyżej 30°—40°. Ku zewnątrz odsuwa nogę prawą szybko i sprawnie, nogę lewą wolno i z wysiłkiem. Ruchy obrotowe całą kończyną po stronie l. również mniej wydatne i powolniejsze, niż po str. prawej gdzie są dobre. Ruchy w stawie kolanowym w obu kończynach mniej więcej równo wydatne, po lewej jednak mniej sprawne. Ruchy w stawie skokowym po str. pr. minimalne, po str. l. = o. Ruchy w stawach palców obustronnie = o. Przy ruchach biernych napięcie po str. pr. mniej więcej prawidłowe, po str. l. nieco zmniejszone. Odruch kolanowy po str. pr. miernie żywy, po l. nieco żywszy. Achillesowe obustronnie = o. Podeszwowe = o. Odruchy brzuszne po str. l. bardzo słabe, po pr. nieco żywsze; obustronnie wyczerpują się szybko. Odruchy mosznowe: po str. pr. żywszy, niż po l. Wymiary: str. pr. udo = 38·5; goleń = 36 cm.; str. l. udo = 31; goleń = 29 cm. W obu kończynach spostrzega się nadto lekkie drgania włókienkowe mięśni. Prawa kończyna do połowy goleni, lewa do kolana, zimniejsze przy dotykaniu, niż powyżej; obie obrzękłe i zasinione, prawa w obrębie stopy, lewa aż do połowy goleni. Pnie nerwowe obustronnie przy ucisku wrażliwe. Zaburzeń czucia brak tak w kończynach górnych, jak i dolnych.

Co do rozpoznania zgodzono się po dyskusyi na wniosek Borowieckiego: **postępujący zanik mięśni pochodzenia nerwowego (typ Charcot-Marie).** Należy jednak zrobić zastrzeżenie, że mielibyśmy tutaj do czynienia z przypadkiem nietypowym, gdyż rozpoznana powyżej choroba występuje najczęściej rodzinnie, rozpoczyna się z reguły w dzieciństwie, a bardzo rzadko w 3. lub 4. dziesiątku lat i wreszcie, że odruchy kolanowe bywają zniesione; natomiast w tym przypadku chory ma lat 57, choroba rozpoczęła się przed trzema laty, w rodzinie chorego nikt podobnie nie chorował; przy badaniu zaś stwierdza się zachowanie odruchów kolanowych, a zniesienie odruchów Achillesowych.

Sprawy sanitarne w Sejmie.

Sesya Sejmowa, rozpoczęta 11 b. m., nie rokuje nadziei załatwienia wielu ze spraw sanitarnych, będących na dobie. Sprawa reformy wyborczej i sprawa stosunków obu narodowości, zamieszkujących Galicyę, zaciążyły nad Sejmem w ostatnich sesyach tak bardzo, że sporo spraw z różnych innych dziedzin spada z porządku dziennego. Z sesyi lutowej 1910 pozostały niezałatwione przez Sejm 4 sprawozdania komisyi sanitarnej, zalegające już od r. 1908 (a więc czwarty rok!): w sprawie utworzenia przy Wydziale krajowym osobnego organu dla spraw zdrojowisk krajowych, w sprawie zaprowadzenia ulepszeń w szpitalach przy leczeniu chorych gruźliczych, w sprawie zakładu dla umysłowo chorych w Kobierzynie, w sprawie zwalczania gruźlicy — i 2 sprawozdania zaległe od r. 1909: w sprawie budowy klinik we Lwowie, oraz sprawozdanie o czynnościach Departamentu sanitarnego Wydziału krajowego. Z sesyi jesiennej 1910 pozostały zaś niezałatwione znowu 4 sprawozdania komisyi sanitarnej: o szpitalu w Przemyślanach, o podniesieniu zdrojowiska Krynicy, o okręgach sanitarnych i sprawozdanie o czynnościach Departamentu sanitarnego Wydziału krajowego. Zwłaszcza niezałatwienie sprawozdań tego Departamentu, stanowiącego osobną, a tak przecież doniosłą gałąź administracyi krajowej, jest tem przykrzejsze, że i w obecnej sesyi trudno będzie Sejmowi je załatwić.

W obecnej sesyi przedłożył Wydział krajowy Sejmowi sprawozdania i wnioski: w sprawie powiększenia etatu posad personalu lekarskiego, administracyjnego i służby krajowego szpitala powszechnego we Lwowie z powodu otwarcia pawilionów zakaźnych, w sprawie podwyższenia relutum za opał i światło dyrektorowi szpitala powszechnego we Lwowie i św. Łazarza w Krakowie, w sprawie przyznania dodatków osobistych Dr Czarnikowi, Schrammowi i Hołobutowi, tudzież w sprawie podwyższenia dodatku aktywalnego dyrektorowi szpitala św. Łazarza w Krakowie; w sprawie reorganizacyi służby i polepszenia jej bytu w krajowych szpitalach we Lwowie i Krakowie, tudzież w kraj. zakładzie dla obłąkanych w Kulparkowie; w sprawie utworzenia posady prymaryusza prosektora, a natomiast zwinięcia posady sekundaryusza prosektora w zakładzie dla obłąkanych w Kulparkowie. W preliminarzu budżetu krajowego na r. 1912 wśród ogólnej sumy wydatków 68.044,036 kor. wynosi rubryka »Sprawy zdrowotne« 7.390,579 kor., o 718.599 kor. więcej niż w r. z. Ponieważ jednak dochody w tej rubryce przewidziane są na 2,655.118 k., przeto istotny wydatek z funduszu krajowego wynosić ma 4,735.461 kor.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 10 b. m. posiedzenie, na którem Zarząd złożył sprawozdanie z czynności za r. 1911. Prezes Dr Janiszewski przemówił w słowach następujących: »Obejmując przewodnictwo, przedewszystkiem dziękuję za wybór na zaszczytne stanowisko prezesa Towarzystwa. Wyboru tego nie przypisuję jakimkolwiek moim osobistym zasługom, lecz uważać go muszę za wyraz pewnego zaufania i poparcia, jakiego doznaję ze strony Szanownych Kolegów w trudnej pracy nad poprawą stosunków sanitarnych miejskich, za wyraz pewnej harmonii i dobrych stosunków, jakie istnieją pomiędzy ogółem Kolegów, a Miejskim urzędem Zdrowia. To poparcie, jakiego mi Panowie Koledzy udzielacie, jako fizykowi miejskiemu, zechciejcie zachować także jako prezesowi naszego Towarzystwa. Jak tam, tak i tu bez Waszej pomocy wiele usiłowań pozostałoby bez skutku. Nie uważam za stosowne roztaczania jakich szerokich planów i programów na przyszłość. Rok czasu urzędowania prezesa jest zbyt krótkim okresem czasu, a zresztą Towarzystwo nasze ma tak świetne tradycye, tak długą i piękną przeszłość, że kroczy pewną, wyrobioną i utorowaną drogą. Napomknę dziś jedynie o tem, że baczną zwrócę uwagę na ukształtowanie się naszych stosunków finansowych. Ożywienie ruchu umysłowego Towarzystwa będzie drugiem mojem staraniem. W tym celu uważam za wskazane udanie się do naszych kierowników i mistrzów naukowych, aby nam drogi i sposoby do osiągnięcia tego celu wskazali. W końcu uważam, że nawiązanie bliższych stosunków z tak ruchliwym i sympatycznym związkiem, jakim jest Towarzystwo naszych techników, nie mało przyczyni się do ożywienia naszego naukowego i towarzyskiego życia. Staraniem mojem będzie choć w przybliżeniu sprostać zadaniom, które mnie czekają i zbliżyć się do przykładów, które mi pozostawili moi poprzednicy na tem samem stanowisku«.

— Dyplom doktorski uzyskali p. Rozalia Weissberg, rodem z Krakowa i p. Edgar Zbigniew Gedl z Wadowic.

— Narzędzia do intubacyi O'Dwyera (kompletne etui), prawie nowe, dy nabycia. Wiadomość w Administracyi »Przeglądu lek.« (Dunajewskiego 2).

Warszawa. W Towarzystwie lekarskiem warszawskiem wybrani zostali na r. 1912: prezesem Dr Władysław Gajkiewicz (ponownie), wiceprezesem Dr Jakowski, sekretarzem dorocznym Dr B. Dębiński, jego pomocnikiem Dr T. Borzęcki.

Z różnych stron. Koledzy, przyjaciele i uczniowie profesora Instytutu lekarskiego dla kobiet w Petersburgu, M. M. Wołkowa, postanowili 25 letni jubileusz jego działalności uczcić w d. 29. XII. (st. st.). Na czele komitetu urządzającego stoją: Dr Pedenko, Gaudin i Wilamowski.

Mianowani: lekarzami powiatowymi w służbie rządowej w Galicyi Drowie: A. Zatłokal, A. Stangenhaus, H. Palester, F. Senkiewicz, M. Biliński, M. Udziela, R. Merunowicz, B. Grudzewski, O. Löwy, W. Wróblewski, J. Koczwa, R. Kułakowski i A. Kraus, a koncepistami sanitarnymi: A. Barański, M. Trzeciński, A. Parecki, J. Sokal.

Zmarli: ginekolog Prof. Winckel w Monachium, antropolog Prof. Topinard w Paryżu, Dr Wiktor Bogdański w 61 r. ż. w Mizoczu na Wołyniu.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 17. stycznia 1912 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Przyjęcie nowych członków. 2) Dr F. Eisenberg: Z biologii bakteryi.

Po posiedzeniu odbędzie się **wieczerza koleżeńska**, na którą należy się zgłaszać jak najwcześniej.

Zwyczajne posiedzenie Towarzystwa Stomatologów polskich odbędzie się **we wtorek 16. stycznia b. r. o godzinie 6 wieczorem** w lokalu **c. k. Ambulatoryum dentystycz.** (Rynek gł. 21. II. p.). Porządek dzienny: 1) Odczytanie protokołu z ostatniego posiedzenia. 2) Sprawy bieżące. 3) Prof. Arkövy. Wskazania do leczenia stomatol. cz. II i III, ref. Dr Piątkowski. 4) Dr Mirtenbaum: Zasadnicze kwestye przy zaopatrywaniu korzeni. 5) Wnioski i interpelacye.

Dr Fr. Zalewski sekr.